

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Décembre 1900, à 1 heure

Par PAUL NAQUET,

Né à Paris, le 16 mars 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

HERNIES DE L'APPENDICE VERMICULAIRE

et de leurs complications

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

BROCA Aug. et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Décembre 1900, à 1 heure

Par PAUL NAQUET,

Né à Paris, le 16 mars 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

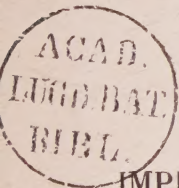
HERNIES DE L'APPENDICE VERMICULAIRE
et de leurs complications

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

BROCA Aug. et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		BRISAUD.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LEDENTU.
		TILIAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
AUCHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBAKRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA Anfré.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURF.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DE L'APPENDICE ET DE LEURS COMPLICATIONS

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer récemment dans le service de M. le docteur Michaux, à l'hôpital Broussais, deux cas intéressants de hernies de l'appendice, compliqués l'un de phénomènes d'étranglement, l'autre d'appendicite herniaire, nous nous sommes reporté aux traités classiques et nous avons été frappé du peu de place qu'y tenaient les hernies appendiculaires.

Désireux d'avoir des renseignements précis sur cette question nous avons fait, dans la littérature médicale, une recherche attentive des faits publiés tant en France qu'à l'étranger. Nous avons trouvé un assez grand nombre de travaux concernant les hernies de l'appendice, mais il nous a paru que bien souvent la distinction n'avait pas été suffisamment établie entre les hernies contenant à la fois le cœcum et son appendice et celles qui ne renferment que l'appendice seul : variété à laquelle M. Thiéry a très judicieusement donné le nom d'appendicocèle.

Nous nous sommes proposé de réunir dans ce tra-

vail les différents cas de hernie appendiculaire pure, c'est-à-dire les cas où l'on trouve dans un sac herniaire l'appendice iléo-coecal seul, en tant qu'intestin prolabé, accompagné ou non d'épiploon.

Nous essaierons de tracer, d'après ces observations, les principaux traits de ce genre de hernies. Nous accorderons une place importante à l'étude des complications si fréquentes de cette affection : l'étranglement de l'appendice et l'appendicite herniaire.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de rapporter ici tous les travaux qui ont été publiés concernant les hernies appendiculaires. Nous nous contenterons de citer rapidement les plus importants, ceux qui marquent une étape dans l'étude de cette affection. On trouvera dans notre index bibliographique une liste que nous avons essayé de rendre aussi complète que possible, des publications ayant trait aux hernies de l'appendice et à leurs complications.

L'histoire des hernies de l'appendice est de date récente. *Morgagni* est le premier, à notre connaissance, qui ait, vers 1750, signalé la présence de l'appendice dans une hernie. En 1806, il en est fait mention par *Scarpa*. A la même époque, *Tritschler*, dans sa thèse en rapporte cinq cas. Puis successivement *Merling* (1826), *Javanelli* (1836), *Malgaigne*, *Guersant*, *Cabaret* (1841), *Beaumetz* (1859) en signalèrent de nouveaux.

En 1868, *Klein* fait paraître un résumé de tous les cas connus mais la plus grande partie de ces observations se rapportent à des trouvailles d'autopsie ou à des pièces anatomiques. Des cas nouveaux sont apportés par *Sand* (1881), *Thiéry*, *Lyot*, *Le Dentu*, *Mérigot* de

Treigny, etc , etc... Mais le premier travail d'ensemble sur cette question ne fut publié qu'en 1893 par *Brieger*. Cet auteur a réuni toutes les observations, au nombre de 28, parues depuis le mémoire de Klein. Peu après paraissaient les études de *Pollosson*, *Richelot*, *Nicaise*, etc... A partir de cette époque, les travaux se sont multipliés sur ce sujet. Nous signalerons seulement, en 1894, les thèses d'*Alti*, de *Sauvage* et de *Rivet*, soutenues à quelques jours d'intervalle ; en 1895, la thèse de *Bariéty* ; en 1897 la thèse de *Briançon* ; en 1898, celle de *Segelmann* ; en 1899 enfin, la thèse de *Mézangeau*, le dernier travail important publié sur la question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous paraît utile, au commencement de notre étude, de rappeler aussi brièvement que possible l'anatomie du cœcum et de son appendice, telle que l'ont établie les dernier travaux. Nous insisterons surtout sur les moyens de fixité de ces organes, car c'est leur relâchement qui est, en grande partie, la cause des hernies appendiculaires.

L'appendice vermiculaire ou iléo-cœcal est un diverticule cylindrique, développé sur la paroi interne ou postéro-interne du cœcum, à 2 centimètres environ au-dessous de l'angle formé par l'abouchement de l'iléon dans le gros intestin. Primitivement, chez le fœtus l'appendice s'implante au sommet de l'ampoule cœcale, et plus tard seulement, son point d'implantation est reporté en dedans et en arrière, par suite du développement relativement considérable que prend la paroi antéro-externe du cœcum.

Long en moyenne de 6 à 12 centimètres pour *Sappey*, l'appendice a été remontré souvent dépassant ce chiffre : *Gegenbaur*, (20) ; *Ribbert*, (21) ; *Lannelongue*, *Henle*, *Cruveilhier*, (22) ; *Luschka* (23). Au contraire, on a pu le voir d'une brièveté exagérée : deux centimètres

(Laffargue), 2 c. $1/2$ (Ribbert). La longueur de l'appendice varie d'ailleurs avec l'âge suivant Tarenetsky. Il atteindrait son maximum entre 10 et 30 ans (Ribbert) et s'atrophie chez le vieillard. Ces anomalies de longueur de l'appendice méritent d'être sérieusement prises en considération, car, comme nous le verrons plus loin, elles peuvent expliquer dans bien des cas la production des hernies. La forme de l'appendice est très variable ; le plus souvent, il a l'aspect d'un tube cylindrique plus ou moins régulier.

La direction est tantôt rectiligne, rappelant la disposition embryonnaire, tantôt et plus souvent flexueuse, contournée plus ou moins en spirale. Ces inflexions sont dues à la brièveté relative du méso-appendice qui ne permet qu'une extension limitée de l'organe et le force à se recourber sur lui-même.

Le diamètre est en moyenne de 5 à 7 millimètres, mais peut dans certains cas atteindre 1 centim. à 1 c. $1/2$ (Gerold, Laffargue).

L'appendice est creusé dans toute sa longueur d'un canal cylindrique, plus ou moins régulier, d'ailleurs à peu près virtuel à l'état normal. L'orifice de communication avec le cœcum est le plus souvent évasé en forme d'*infundibulum*. La lumière en est rétrécie dans des proportions variables par un repli de la muqueuse, repli qui constitue la valvule de Gerlach.

Il n'est rien de plus variable que la situation de l'appendice. Rattaché au cœcum, il doit suivre cet organe dans sa migration. M. Clado lui assigne comme situation normale la fosse iliaque droite, au niveau du

détroit supérieur, l'extrémité libre plongeant dans la cavité pelvienne, mais on le rencontre aussi au dessous de la crête iliaque, dans la fosse lombaire droite, en avant du rein, au dessous du foie — ou bien à l'ombilic, à l'hypogastre — ou encore dans la fosse iliaque gauche et même dans la cavité pelvienne. Dans ce dernier cas, il peut, par son extrémité libre, contracter des adhérences plus ou moins intimes avec les organes voisins : côlon pelvien, rectum, utérus, ligaments larges, trompe, ovaire, vessie.

De même, la situation de l'appendice relativement au cœcum, n'a rien de fixe. D'après Jonnesco, l'appendice peut être :

1° *Sous-cæcal*. — L'appendice pend au dessous et généralement à gauche du cœcum.

2° *Pré-cæcal*. — L'appendice monte en haut et en avant, passe sur la paroi antérieure du cœcum soit transversalement de gauche à droite, soit verticalement en haut en suivant le bord interne de cette paroi.

3° *Rétro cæcal*. — Dans ce cas l'appendice, recourbé en haut et en arrière, passe derrière le cœcum et le côlon ascendant, tantôt libre et mobile, tantôt intimement appliqué contre la paroi intestinale et, par son extrémité libre, il se porte tantôt vers le rein, à droite, tantôt, à gauche, vers la face postérieure de l'intestin et du mésentère.

4° *Latéro-cæcal*. — L'appendice peut contourner le fond du cœcum et monter sur sa face latérale droite, ou bien se porter à gauche du cœcum et longer la portion terminale de l'iléon,

Si maintenant nous cherchons à déterminer le rapport de fréquence de ces différentes situations : nous voyons que sur 200 cas cités par *Fergusson*, 19 fois l'appendice était placé en situation latéro-cœcale, sur le côté droit du cœcum ; 11 fois il se dirigeait directement en bas ; 18 fois en dedans ; 75 fois il était en rapport avec la face postérieure de l'organe et 77 fois il était placé de façon que sa perforation amenât un accès de la fosse iliaque.

Laffargue, étudiant les situations diverses de l'appendice a trouvé le type ascendant dans 13 0/0 des cas ; le type descendant dans 41, 5 0/0 ; le type latéral interne dans 26 0/0 ; le type latéral externe dans 17 0/0.

D'après *Biggs*, dans près des trois quarts des cas, l'appendice se dirige en bas et en dedans ; dans un peu plus du quart des cas, en arrière du cœcum et du colon ascendant.

Quelle que soit, d'ailleurs, la situation de l'appendice, il est tantôt libre et mobile, tantôt fixé par des adhérences à la paroi abdominale ou aux viscères voisins.

Dans la grande majorité des cas, le cœcum et son appendice, complètement enveloppés par le péritoine, sont libres dans la cavité abdominale où la main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde.

Cette enveloppe péritonéale est constituée par le mésentère qui, arrivé au niveau de l'angle iléo-colique se dédouble en deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postérieur, pour entourer le cœcum et l'appen-

dice : Le feuillet antérieur est la continuation du feuillet droit du mésentère, le feuillet postérieur est la continuation du feuillet gauche : Les deux se reconstituent à droite, au niveau du bord libre du cœcum.

L'appendicé, ainsi entouré du péritoine est maintenu en place par deux ordres de moyens de fixité.

1° par les moyens de fixité qui lui sont propres.

2° par les moyens de fixité du cœcum qui assurent indirectement sa suspension.

1°. — *L'appendice* est relié à l'intestin et au mésentère par deux ligaments qui ont habituellement une longueur et une laxité suffisantes pour lui permettre des déplacements assez étendus dans tous les sens.

Ces ligaments ou replis péritonéaux sont :

a) *Le méso-appendice*, bien étudié par Clado, Jonnesco, etc., c'est un petit repli péritonéal triangulaire s'insérant par son bord externe sur toute l'étendue de l'appendice. Par son bord supérieur, il se fixe à la lame mésentérique sous-iléale. Son bord interne est libre, mince et renferme l'artère appendiculaire. L'extrémité inférieure de ce bord se prolonge en une mince languette séreuse, le long de l'appendice jusqu'à son extrémité terminale. Cette dernière corne étant plus courte que l'appendice, celui-ci est forcé de se contourner et de se pelotonner sur lui-même.

b) *Le repli iléo-appendiculaire*, est un ligament quadrangulaire déterminé par l'artère récurrente iléale ou iléo-appendiculaire et par des faisceaux musculaires qui passent de la base de l'appendice sur le bord libre de l'iléon. Son bord supérieur s'insère sur le bord

libre de l'iléon, souvent sur une assez grande étendue. — Son bord inférieur s'insère sur la racine de l'appendice et la face antérieure du méso-appendice; le bord droit (cœcal) s'insère sur la paroi antéro-interne du cœcum, entre l'angle iléal et la racine de l'appendice; enfin, le bord interne, gauche, libre et falciforme, se perd sur le méso-appendice, déterminant avec la paroi iléale, l'ouverture de la fossette iléo-appendiculaire de Luschka et de Pérignon.

2°. — En ce qui concerne *le cœcum* proprement dit, la fixation est assurée d'une part par le côlon ascendant avec lequel il se continue, et qui adhère assez intimement à la paroi abdominale postérieure; d'autre part par l'iléon et l'extrémité inférieure du mésentère qui adhère également à la paroi postérieure de l'abdomen.

On a décrit également un certain nombre de replis péritonéaux qui constitueraient de véritables ligaments du cœcum. C'est d'abord le *repli pariéto-cœcal* ou ligament supérieur du cœcum de Tuffier, tendu de la paroi iliaque et lombaire à la paroi externe du cœcum et du côlon ascendant. Ce repli est légèrement incliné de droite à gauche et présente deux faces, une gauche tournée en arrière et une droite regardant un peu en avant et en haut. C'est enfin le *repli mésentérico-pariétal* ou mésentérico-iliaque, ligament inférieur du cœcum de Tuffier, repli triangulaire qui représente l'insertion du mésentère à la fosse iliaque et s'étend de l'angle iléo-cœcal et de la racine de l'appendice, d'une part, à la paroi postérieure de la fosse iliaque, d'autre part;

il croise à ce niveau les vaisseaux spermatiques et iliaques externes.

Tels sont les moyens de fixité du cœcum et de l'appendice, tels que les ont établis les travaux récents. Ils sont fort nombreux, mais il semble que l'on en ait beaucoup exagéré l'importance. Ce qui fixe le cœcum, ce n'est en réalité que sa continuité avec le colon ascendant et la terminaison de l'iléon, soudés tous deux à la paroi abdominale postérieure. Quant aux replis séreux, leur rôle dans la suspension du cœcum est tellement accessoire qu'on peut les sectionner sans modifier d'une façon appréciable la mobilité normale de l'organe.

Ce qui fixe l'appendice, ce n'est donc aussi que sa continuité avec l'intestin dont il fait partie — sa mobilité et ses déplacements dépendent uniquement de la mobilité et des déplacements des portions intestinales adjacentes. Ceci nous explique très suffisamment ses changements imprévus de situation et ses migrations souvent lointaines — comme il n'est maintenu en place que par un organe essentiellement mobile, on ne s'étonnera pas de le rencontrer dans toutes les parties de l'abdomen, à tous les orifices naturels ou accidentels qui peuvent donner passage à un sac herniaire.

Ces jalons anatomiques étant maintenant posés, nous allons essayer d'établir la fréquence relative des diverses variétés de hernies appendiculaires, en nous basant sur les observations cliniques et chirurgicales que nous avons pu réunir.

Dans le travail qu'il a publié dans la *Gazette des*

Hôpitaux (7 juillet 1898), A. Rivet donne les chiffres suivants :

Sur 94 cas de hernies appendiculaires qu'il a pu rassembler, il a trouvé :

Hernies inguinales 63.

Hernies crurales 28.

Hernie obturatrice 1 (1).

Hernie ombilicale 1 (2).

Ces chiffres embrassent d'ailleurs tous les cas où l'on a rencontré l'appendice dans un sac herniaire, soit isolé, soit accompagné d'une anse intestinale. Nous avons déjà dit plus haut que nous n'avions en vue ici que la hernie appendiculaire pure ou essentielle, l'appendicocèle, accompagnée ou non d'épiploon. Nos chiffres différeront d'ailleurs peu de ceux que donne Rivet.

Sur 85 observations de hernie appendiculaire, le siège exact de la hernie n'était indiqué que dans 82 cas : et parmi ces cas nous avons trouvé la proportion suivante pour les diverses variétés :

Hernies inguinales 57 cas.

Hernies crurales 25 cas.

La fréquence des hernies appendiculaires inguinales serait donc un peu plus du double de celle des hernies crurales.

Un point intéressant dans l'étude anatomo-pathologiques de ces hernies est que le sac peut y être incom-

(1) Nicaise. In Thèse de Nicolas Alti.

(2) Michaux. In Thèse de Briançon.

plet ou même faire totalement défaut. Le premier cas se présente d'ailleurs surtout quand le cœcum est hernié avec l'appendice; le second dans les cas de hernie appendiculaire pure.

En dehors de ces cas, lorsque le sac existe, il ne diffère en rien des sacs herniaires classiques.



ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les hernies appendiculaires, comme toutes les hernies en général reconnaissent des causes prédisposantes et des causes occasionnelles. Parmi les causes prédisposantes, il faut faire entrer en ligne de compte, tout d'abord, l'âge et le sexe. Malheureusement ici encore nous ne pourrions donner que des chiffres approximatifs, car les observations, à l'exception de quelques-unes qui sont très complètement étudiées, présentent de nombreuses lacunes.

Pour ce qui concerne l'âge, on voit que la hernie appendiculaire se montre à toutes les époques de la vie, mais principalement à partir de 30 ans.

Sauvage donne les chiffres suivants :

- 1 cas au dessous de 1 an.
- 1 cas au dessous de 5 ans.
- 2 cas de 10 à 20 ans.
- 3 cas de 30 à 40 ans.
- 4 cas de 40 à 50 ans.
- 7 cas de 50 à 60 ans.
- 11 cas de 60 à 70 ans.

Rivet donne des chiffres sensiblement analogues et notre statistique est très comparable à la sienne.

- 1 enfant nouveau-né.
- 1 enfant de deux jours.
- 1 enfant de 10 semaines.
- 3 enfants au dessous de 1 an.
- 7 enfants de 2 à 13 ans.
- 6 cas de 19 à 30 ans.
- 5 cas de 30 à 40 ans.
- 10 cas de 40 à 50 ans.
- 13 cas de 50 à 60 ans.
- 9 cas de 60 ans et au dessus.

L'influence du sexe paraît être assez considérable. Les hernies de l'appendice sont presque deux fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Quant aux causes occasionnelles proprement dites, elles semblent être les mêmes que pour les autres variétés de hernies. Les hernies de force existent incontestablement ; il y en a un certain nombre de cas nettement avérés, mais elles sont certainement rares. Le fait est d'ailleurs facile à comprendre. L'appendice est un organe de dimensions restreintes, peu rigide, d'une mobilité extrême et on conçoit aisément qu'il puisse difficilement, à lui seul, refouler le péritoine et faire hernie au dehors, à travers un orifice naturel ou accidentel.

En revanche, les hernies congénitales sont assez fréquentes. Dans la statistique que nous rapportons plus haut, on trouve un certain nombre d'enfants en bas âge et parmi les adultes, beaucoup étaient porteurs de leur hernie depuis de longues années, souvent même depuis leur enfance.

Peut-on s'expliquer d'une manière un peu claire le mode de production de ces hernies?

Il semble que ce soit possible, tout au moins pour les hernies congénitales, et l'étude de la migration du cœcum et de l'appendice au travers de la cavité abdominale nous permettra d'en saisir le mécanisme. Rappelons-nous en effet que, vers le 6^e mois de la vie intra-utérine, l'appendice avec le cœcum est situé sous le foie, en rapport intime avec les glandes génitales. Que, pour une raison quelconque, des adhérences viennent à s'établir entre l'appendice et ces glandes, nous le verrons alors s'étirer, descendre et suivre le testicule dans sa migration à travers le canal vagino-péritonéal. C'est ainsi que chez l'adulte, nous pourrions le trouver dans le canal inguinal, et dans le scrotum même, lorsqu'il y aura eu persistance du trajet péri-tonéo-vaginal. Disons, à ce propos, que lorsqu'on trouve, dans une hernie, le cœcum et l'appendice, il est possible que, bien souvent le cœcum ne soit descendu que secondairement dans le sac herniaire. Il se serait produit, en premier lieu une hernie de l'appendice suivant le mécanisme que nous avons exposé plus haut, et le cœcum ne se serait abaissé que plus tardivement, entraîné, attiré en quelque manière par le prolongement vermiforme, primitivement hernié. Cette hypothèse a été émise par Rivet: Elle nous paraît très acceptable et nous nous rangeons complètement à son avis.

Mais, pour les hernies acquises, il faut chercher un autre mécanisme, invoquer d'autres raisons.

Bien souvent la production de la hernie paraît due à un excès de longueur du méso-appendice, permettant à l'organe des mouvements encore plus étendus que ceux qui lui sont dévolus à l'état normal. Trèves, Tuffier, Jonnesco, se rallient à cette conception. L'appendice est un organe « éminemment voyageur », dit M. Farabeuf, et si son méso, sa chaîne, vient à se relâcher, il augmentera encore son champ d'excursions. De fait, bien souvent et dans un grand nombre d'observations consciencieusement rédigées, on a signalé la présence d'un méso excessivement long.

Souvent aussi il faut incriminer les proportions exagérées que peut présenter l'appendice. On a souvent rencontré, au cours des opérations, des appendices qui mesuraient le double ou le triple de leur longueur normale, parfois même plus. On comprendra facilement que, dans ces cas, l'appendice puisse s'engager facilement dans le canal crural ou le canal inguinal et parfois même, franchissant la ligne médiane, venir faire hernie à l'orifice inguinal ou à l'anneau crural du côté gauche.

Dans certains cas, encore, le premier rôle dans la production de la hernie paraît revenir au relâchement des moyens de fixité du cœcum, qui permet alors à l'appendice des mouvements inattendus. La surcharge graisseuse de l'organe et de son méso peut également avoir son importance.

Enfin, il est un dernier facteur auquel nous attribuons une importance toute particulière, c'est la possibilité d'adhérences avec le péritoine ou l'épiploon

sous l'influence de petites poussées inflammatoires antérieures. Nous pensons que ce mécanisme doit être le plus fréquent dans les hernies appendiculo-épiploïques. Dans les cas de ce genre que nous avons pu réunir, nous avons pour ainsi dire toujours trouvé des adhérences intimes entre la masse épiploïque et le prolongement vermiculaire.

On voit donc que le mécanisme de la production des hernies de l'appendice n'est pas univoque. Les différents facteurs que nous avons passés en revue peuvent suffire chacun pour amener la formation d'une hernie, mais nous pensons que, dans bien des cas, ils doivent s'associer dans une certaine mesure. Il ne peut être question d'émettre ici une théorie absolutiste et c'est dans une théorie éclectique que nous paraît devoir être la vérité.

SYMPTOMES

Nous serons très brefs sur les symptômes des hernies de l'appendice. C'est qu'il est difficile en effet de parler de symptômes propres à ces hernies quand elles n'offrent aucun phénomène inflammatoire.

Ordinairement la hernie siège à droite. Exceptionnellement on l'a vue à gauche, mais rarement dans les cas de hernie appendiculaire pure. Il faut, comme nous l'avons dit plus haut, admettre une longueur inaccoutumée de l'appendice, pour que celui-ci puisse être engagé dans une hernie gauche sans que le cœcum soit déplacé avec lui.

La tumeur est généralement peu volumineuse ; les signes participent à la fois de ceux de l'épiplocèle et de ceux de l'entérocele. Ils se rapprochent surtout des premiers, en ce sens que la tumeur est mate, assez dure, souvent douloureuse, même en l'absence de toute complication proprement dite. L'impulsion à la toux est faible, quand elle existe ; le gargouillement fait défaut.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie inguinale contenant l'appendice et rien que lui, on peut parfois, par une palpation méthodique, découvrir un

organe mobilisable, ferme, du volume d'un crayon ou moins, dont la palpation est douloureuse. Il se perd en haut au niveau de l'orifice du canal inguinal, habituellement un peu élargi. En bas, lorsqu'on le suit lentement, on constate qu'il se termine brusquement par une extrémité arrondie et n'offre pas de continuité avec les organes sous-jacents, épидidyme par exemple. Lorsqu'on a affaire à une hernie crurale, on sent le plus souvent une masse arrondie, dure, rénitente, du volume d'une noix. Dans ce cas l'impulsion à la toux est généralement nulle.

Ces hernies suivent la loi commune : elles peuvent être et rester réductibles, ou devenir irréductibles. On peut arriver assez souvent à réduire la tumeur, mais elle est rarement spontanément et totalement réductible. Cette irréductibilité, quand elle existe, peut reconnaître des causes variées ; elle peut être congénitale et se trouve alors facilement expliquée par des adhérences au testicule, par exemple, adhérences qui ont souvent été la cause même de la hernie. Elle peut être également acquise et consécutive le plus souvent à des adhérences inflammatoires avec le sac ou avec l'épiploon.

En somme, à part quelques cas exceptionnels, les signes des hernies appendiculaires sont ceux d'une épiplocèle, réduits au minimum.

COMPLICATIONS

Si l'étude des symptômes de la hernie appendiculaire de présente qu'un intérêt un peu théorique, il n'en est pas de même de l'étude de ses complications. Celles-ci, en effet, de par leur fréquence et leur gravité offrent un intérêt de tout premier ordre. Elles nécessitent un traitement énergique, précoce et doivent être bien connues.

1°. — Etranglement des hernies appendiculaires.

On a discuté assez longuement sur la question de savoir si les hernies de l'appendice pouvaient ou non s'étrangler. Nous ne parlons pas ici des coutures, des torsions que peut présenter l'appendice dans le sac, mais de l'étranglement véritable, au niveau du collet du sac. Beaucoup d'auteurs nient l'étranglement et ne voient dans les phénomènes qui le simulent, qu'une attaque d'appendicite. Cependant il faut bien reconnaître que, dans bon nombre de cas, l'étranglement peut réellement se produire. On a constaté parfois un sillon d'étranglement très marqué au niveau du point re-

serré. Ce sillon était extrêmement net dans le cas que nous avons observé et que nous rapportons plus loin.

L'agent de l'étranglement, dans les hernies inguinales, est habituellement l'orifice interne du canal inguinal. Ce peut être aussi le collet du sac, ou dans le cas de hernies congénitales, un des diaphragmes du canal vagino-péritonéal, diaphragmes dont l'importance dans le mécanisme des étranglements a bien été mis en lumière par Ramonède.

Dans les hernies crurales, l'agent de l'étranglement est d'ordinaire le bord libre et tranchant du ligament de Gimbernat.

Cet étranglement provoque des lésions graves et précoces qui peuvent aboutir rapidement à la perforation de l'appendice, non seulement au niveau de la stricture mais notablement au-dessous du point étranglé. Ce phénomène est analogue à ce que Darier avait déjà noté dans les perforations de l'appendice consécutives à la présence de corps étrangers, et où la perforation ne siège pas nécessairement au niveau du point d'obstruction.

Ce fait est signalé dans l'observation de Thiéry où, bien qu'une longue portion de l'appendice fût étranglée, la perforation s'était faite au niveau de la partie terminale de l'organe.

L'étranglement se produit habituellement sans effort et sans cause appréciable, chez des individus porteurs d'une hernie jusque là indolente, parfois réductible au moins en partie et datant souvent de

plusieurs années. Cliniquement, il se traduit par les phénomènes suivants :

Les symptômes locaux n'ont généralement pas une très grande importance. La tumeur augmente de volume, devient tendue, rénitente et dure, avec ou sans rougeur de la peau. L'irréductibilité est absolue, la sensibilité à la pression est presque toujours très marquée.

Les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus importants. L'étranglement se traduit par des douleurs violentes, s'irradiant à tout l'abdomen sous forme de coliques extrêmement intenses.

On sait que l'étranglement herniaire est caractérisé par trois phénomènes principaux : constipation, arrêt du gaz, vomissements. Dans bon nombre de cas, la hernie appendiculaire étranglée nous donnera, au grand complet, le tableau clinique de l'occlusion intestinale, mais bien souvent aussi, et peut-être même dans la majorité des cas on pourra n'observer que des symptômes incomplets.

La plupart du temps on observe des vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux, souvent fécaloïdes vers la fin. L'arrêt des matières est fréquent également, mais la suppression des gaz est le symptôme qui fait le plus souvent défaut. Pour citer quelques exemples, rappelons que le malade de M. Vignard avait de la persistance des selles et des gaz, tout en vomissant par intermittences. De même pour le malade de M. Thiéry. Dans une observation de Brieger on avait tous les symptômes de l'étranglement, moins la

constipation. Dans un grand nombre de cas l'émission des gaz était conservée.

Le météorisme de l'abdomen est généralement assez marqué. Les phénomènes généraux présentent une intensité très variable.

Parfois on note du refroidissement, un pouls petit et accéléré; le facies est grippé; le malade est dans le collapsus. Dans d'autres cas, au contraire, on n'observe rien de ces phénomènes alarmants et l'état général est relativement satisfaisant.

Quelquefois enfin, les symptômes d'étranglement s'installent assez lentement. Certains malades font une sorte d'étranglement chronique et l'indication opératoire peut ne se présenter qu'au bout de cinq ou six jours.

Il est nécessaire de bien savoir que dans l'étranglement appendiculaire, les signes peuvent être ainsi notablement incomplets ou atténués. Bien que les symptômes soient peu marqués l'évolution n'en sera pas moins rapide et aboutira en très peu de temps à la perforation et à la formation d'un abcès pyo-stercoral.

2° Appendicite herniaire.

L'appendicite herniaire est peut-être plus fréquente encore que l'étranglement de l'appendice. L'appendice, alors même qu'il est en situation normale, est fréquemment le siège d'une inflammation. Cette prédisposition naturelle à l'infection sera notablement augmen-

tée lorsque, se trouvant dans une hernie, la circulation y est notablement entravée. Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici la question de la pathogénie de l'appendicite. Disons seulement que, dans les cas d'appendicite herniaire, on a trouvé dans la cavité de l'appendice les corps étrangers les plus divers, une aiguille (1), un noyau de cerise (2), une épingle (3), un os (4), une arête de poisson (5), des scybales (6), une dent de chat (7), chez un malade qui avait cru manger du lapin. Quant aux lésions des parois mêmes de l'appendice, c'est le plus souvent de la follicule suppurée qui aboutit rapidement à la perforation et à l'ouverture dans le sac.

Les symptômes de l'appendicite herniaire sont très voisins de l'étranglement de l'appendice. Le début est rarement insidieux ; il est le plus souvent brusque : « En coup de pistolet ». Le malade était porteur d'une hernie pour laquelle il n'avait jamais consulté et ne portait aucun bandage ; subitement, sans cause apparente, il est pris d'une douleur vive et déchirante, à paroxysmes aigus. La hernie devient en même temps tendue, dure, luisante, très douloureuse à la palpation. La constipation est généralement absolue, le malade vomit abondamment mais, point important, il continue

(1) Amyand.

(2) *In* Thèse sauvage.

(3) Schmid.

(4, 5, 6) A. Niche. Thèse Munich, 1892.

(7) Th. Bariety. Obs. I.

à rendre des gaz. La température est généralement assez élevée, le pouls petit et rapide ; il existe un état saburral marqué. Enfin, et surtout, il y a un retentissement péritonéal beaucoup plus sérieux que dans l'étranglement appendiculaire. Le ventre est ballonné, tendu, douloureux à la moindre pression ; souvent le malade présente des vomissements porracés, verdâtres.

L'imminence de ces complications assombrit le pronostic des hernies de l'appendice. Il est rare cependant de voir les lésions inflammatoires intrasacculaires se propager au péritoine abdominal, car des adhérences se forment rapidement au niveau du collet du sac. La péritonite est généralement localisée mais il est fréquent de voir se produire la formation d'un abcès et la fistulisation.

DIAGNOSTIC

L'absence complète de signes nets et caractéristiques fait prévoir d'emblée que le diagnostic des hernies de l'appendice doit présenter les plus grandes difficultés. Aussi l'appendicocèle n'est-elle le plus souvent qu'une trouvaille opératoire et l'on peut dire que celui-là seul fera le diagnostic de hernie appendiculaire, qui aura toujours l'attention attirée de ce côté en cas d'hernie droite.

Quand l'appendice est seul dans un sac herniaire, la question de l'existence même d'une hernie peut être fort obscure, puisque les signes primordiaux de sonorité, réductibilité, gargouillement font le plus souvent défaut, de même que l'impulsion à la toux.

L'*Epiplocèle* est d'un diagnostic assez délicat et peut, maintes fois, simuler la hernie de l'appendice, dont elle présente, assez souvent, la consistance, la matité et l'irréductibilité; habituellement cependant la masse est plus empâtée, plus lobulée, n'offrant pas la sensibilité spéciale de l'appendice.

Un *lipome pré-herniaire* peut également simuler une hernie de l'appendice mais il n'en a pas la consistance ferme et la régularité de calibre. Il en est de même d'un

kyste du cordon ou d'une *adénite inguinale ou crurale*. Telles sont les erreurs qui peuvent être le plus souvent commises et comme il n'y a pas de signes pathognomoniques, il sera difficile de les éviter.

Lorsque la hernie appendiculaire est étranglée, le diagnostic est plus facile, bien que presque impossible à faire d'un façon certaine. Il faut y songer, dans le cas de hernies inguinales ou crurales du côté droit, quand les symptômes d'étranglement ne sont pas très accusés, Thiéry a bien fait remarquer que l'étranglement appendiculaire se comporte, au point de vue des signes, comme les étranglements para-intestinaux (franges épiploïques) ou comme les pincements latéraux de l'entéroccèle. C'est-à-dire que les signes péritonéaux existent, parfois même accusés, mais que les signes fonctionnels sont rarement au complet. Donc, dans toute hernie droite, quand le syndrome sera incomplet, il faudra penser à une hernie appendiculaire.

L'épiploïte, l'étranglement inguinal d'un testicule ectopie atteint d'orchite peuvent simuler l'étranglement appendiculaire mais pas avec une aussi grande ressemblance avec l'étranglement herniaire vrai, à l'exception de la perméabilité intestinale restée partielle.

L'appendicite herniaire crurale pourra être prise pour un *abcès de la région du pli de l'aîne*, pour une suppuration des ganglions voisins, mais dans ce cas les phénomènes généraux seront moins marqués, une palpation méthodique de la région pourra permettre de constater l'engorgement ganglionnaire. On pourra tirer aussi quelques présomptions de la découverte d'une

lésion dans le territoire des lymphatiques afférents de ces ganglions.

L'appendicite herniaire inguinale fera quelquefois penser aussi à une infection des ganglions de l'aîne ; les mêmes considérations que nous venons d'énumérer permettront d'écarter cette hypothèse. La *funiculite aiguë* sera, elle aussi, fort difficile à distinguer. L'examen de la région, l'absence habituelle de modifications de la paroi, la douleur bien limitée au trajet du cordon que la palpation montrera épaissi, de même que l'étude des commémoratifs et des signes intestinaux, lèveront d'ordinaire tous les doutes.

Chez la femme, l'appendicite herniaire pourra être confondue avec une *hernie enflammée de la trompe ou de l'ovaire*, mais outre que ces cas sont extrêmement rares, on pourra être mis sur la voie du diagnostic par le toucher vaginal.

En résumé le diagnostic de l'étranglement appendiculaire et de l'appendicite herniaire est toujours très délicat, mais il est parfois possible et il faudra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'étranglement ou de l'inflammation d'un appendice déplacé, dans le cas de hernie droite.



TRAITEMENT

Dans le cas de hernie appendiculaire simple, l'appendice sera généralement rencontré par hasard, au cours de l'intervention. Le diagnostic exact n'aura été posé que très rarement. On pourra, si l'on veut, le rentrer dans l'abdomen, s'il est manifestement sain, mais nous pensons qu'il sera préférable de le réséquer d'emblée. L'appendice sera lié à sa base, sectionné au thermocautère et encapuchonné suivant le procédé de Mikulicz. La paroi sera ensuite suturée et l'orifice herniaire reconstitué par les procédés habituels. Si l'appendice est accompagné d'épiploon, celui-ci sera également réséqué.

Dans les cas d'étranglement appendiculaire ou d'appendicite herniaire, l'opération devra être pratiquée aussi rapidement que possible, aussitôt le diagnostic d'étranglement porté. Si il n'y a point de perforation, on réséquera l'appendice et on refermera la paroi.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un sac rempli de pus, il sera prudent de fixer le moignon au fond de la plaie et de drainer largement.

OBSERVATIONS

I

Hernies appendiculaires simples.

OBSERVATION I (n° 4 de la thèse de Segelmann. Reynier).

Hernie inguinale appendiculaire. Cure radicale. Résection de l'appendice. Guérison.

R..., 37 ans, journalier, entre le 2 juin 1897 à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré, pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite remontant à une dizaine d'années, pour laquelle il portait un bandage et qui était facilement réductible. Ce malade s'était décidé à entrer à l'hôpital à la suite de quelques troubles gastro-intestinaux, remontant à plusieurs jours, et qu'il attribuait à la hernie. En réalité, il était atteint d'embarras gastrique fébrile. Le jour de son entrée, il a 39° de température, mais les jours suivants la température baisse, et quelques jours après, l'état est devenu excellent. Aussi, le 10 juin se décide-t-on à l'opérer, sur sa demande d'être débarrassé de son infirmité.

Le diagnostic porté était celui de hernie inguinale droite

sans que rien ait pu faire soupçonner quelle partie de l'intestin était herniée.

Le malade fut endormi au chloroforme. Incision couche par couche jusqu'au sac. Ouverture du sac, dans lequel on est tout étonné de trouver l'appendice iléo-cœcal, n'ayant contracté aucune adhérence, et le cœcum facilement réductible. Après ligature, résection en V de l'appendice au dessous de la ligature. L'appendice est encapuchonné avec la partie du méso-appendice qu'on a eu soin de garder. Le pédicule est fixé à la paroi, le sac est réséqué, et on ferme la plaie par le procédé habituel.

Le lendemain de l'opération, la température monte à 39°, mais elle baisse les jours suivants; le 13 elle est à 37° pour s'y maintenir définitivement.

Le 25, le malade sortait de l'hôpital tout à fait guéri.

OBSERVATION II (n° 5 de la thèse de Segelmann. Reynier).

Hernie inguinale appendiculaire. Cure radicale. Résection de l'appendice. Guérison.

Fernand H..., 37 ans. Hernie inguinale droite remontant à l'âge de 14 ans. Ce malade entre à l'hôpital Ténon, au mois d'octobre 1893, pour subir l'opération de la cure radicale.

A l'examen, on trouve une tumeur de la grosseur du poing, réductible, mais très difficile à maintenir, et qui ne se réduit pas complètement. On constate en outre un cordon dur et épais ayant la forme grossie de l'appendice, mobile dans la hernie,

beaucoup plus mobile que de l'épiploon, qui ne ballotte pas non plus dans le sac.

Opération le 2 octobre. Incision couche par couche qui conduit directement sur le sac. Incision du sac dans lequel on trouve le cœcum et attenant au cœcum, l'appendice libre, mais très augmenté de volume, ayant au moins trois fois son volume normal. Ce qui triple ainsi la grosseur de cet organe, c'est le méso-appendice, infiltré de graisse sclérosé, épaissi, qui était accolé à la partie interne de l'appendice.

L'appendice est réséqué, fermé, enfoui dans les débris du méso, fixé à la paroi, hors du péritoine et après résection de la plus grande partie du sac, le cœcum est réduit et la plaie fermée par deux rangées de sutures.

Les suites sont des plus simples, et le malade sort guéri de l'hôpital vingt jours après.

OBSERVATION III (n° 6 de la thèse de Segelmann. Reynier)

Hernie pure de l'appendice iléo-cœcal. Opération. Résection de l'appendice. Guérison.

Dans cette observation, la présence de l'appendice dans le sac, qu'il était très facile de constater, a permis de faire le diagnostic.

X..., 29 ans, entre à l'hôpital Tenon au mois d'avril 1894, pour subir une opération de cure radicale de hernie inguinale droite, remontant à l'âge de 20 ans. L'examen permet de constater une tumeur de la grosseur de l'index, mobile, balottante et réductible; la présence du canal déférent, facile à recon-

naître parmi les éléments du cordon, évite toute confusion, qui ne serait pas possible du reste. étant donné la différence de volume des deux organes.

L'opération est faite le 19 avril, l'ouverture du sac fait constater une hernie de l'appendice, celui-ci n'a pas contracté d'adhérences et il serait facile de le réduire. Ce qui donnait à la tumeur inguinale la grosseur de l'index, c'était l'infiltration graissante du sac, renfermant l'organe déplacé qui lui n'avait guère que le volume d'une plume d'oie.

Résection de l'appendice, enveloppement de la surface de l'appendice dans le méso conservé, fixation à la paroi du pédicule, ligature du sac après résection, fermeture au catgut et au crin.

Guérison très rapide sans accidents.

OBSERVATION IV Sæmmering, cité par Merling.

Hernie inguinale appendiculaire.

Sur un nouveau-né, l'appendice vermiforme était seul contenu dans une hernie inguinale, congénitale, et adhérait au testicule.

OBSERVATION V Fleischmann, cité par Merling.

Hernie inguinale congénitale contenant l'appendice.

Un enfant de deux jours avait une hernie congénitale formée par l'appendice qui était long de un pouce et large de deux pouces. Il remplissait complètement la cavité du sac. Son ex-

trémité libre, un peu contournée était placé au dessus du testicule, mais ne présentait aucune adhérence avec cette glande.

OBSERVATION VI (Schwencke, Leipzig, 1805, cité par Merling).

Hernie de l'appendice seul.

Dans une opération d'entéro épiplocède chez un homme de 20 ans, on trouva que le sac herniaire ne contenait que l'appendice iléo-cœcal adhérent au testicule et simulant par suite de cette adhérence un varicocèle.

OBSERVATION VII (Amyaud),

Hernie scrotale appendiculaire.

Sur un enfant de 11 ans qui portait depuis ses premières années une hernie scrotale, Amyaud ne trouva dans le sac que l'appendice adhérent à une portion d'épiploon.

OBSERVATION VIII (Catalogue du musée Dupuytren, n° 267).

Hernie de l'appendice.

Hernie inguinale de l'appendice iléo-cœcal. A son extrémité libre est appendue une tumeur kystique du volume d'une noix qui adhère également au cordon.

OBSERVATION IX (Wette. In thèse de Rivet, n° 28).

Hernie crurale droite appendiculaire.

L'appendice présente un mésentère relativement grand qui lui permet une grande mobilité.

OBSERVATION X n° 32 de la thèse de Rivet (Clinique chirurgicale de Breslau.)

Hernie crurale droite appendiculaire.

Dans le sac herniaire, un cordon long de 2 centimètres et demi qui, amené du dehors est reconnu être l'appendice. Ablation. Guérison.

Voici l'histoire détaillée de ce malade :

Commémoratifs — Difficulté de miction, douleur et envies fréquentes d'uriner.

L'existence de la hernie n'est reconnue qu'ultérieurement par la malade.

Examen. — Dans le pli de l'aîne droite, tumeur de la grosseur d'une noix bien délimitée en bas et latéralement moins nettement en haut, se prolonge dans la profondeur par un pédicule. Aucune altération de la peau. Matité à la percussion. Sensibilité modérée à la pression.

Diagnostic. — Hernie irréductible, probablement épiplocèle. Opération (sur le désir de la malade).

Incision longitudinale au niveau de la hernie. Elle met à nu une tumeur grosse comme une petite noix, isolable des tissus

environnants, de consistance ferme, se pédiculisant vers l'anneau crural. Une incision pratiquée sur le point culminant de cette tumeur montre qu'elle est constituée dans les couches extérieures de tissu graisseux lobulé sur une épaisseur de un centimètre environ. Cette graisse est prise pour l'épiploon adhérent au sac. Mais une incision pratiquée juste au niveau du pédicule de la tumeur, à l'anneau herniaire, montre un petit sac herniaire tapissé d'une séreuse normale et situé dans le pédicule même de la tumeur. Les parties prises pour de l'épiploon ne sont autre chose qu'un épaississement considérable de la graisse péritonéale. Dans le sac herniaire se trouve un cordon long de 2 centimètres et demi environ, de l'épaisseur d'un tuyau de plume, rouge pâle, recouvert d'une séreuse; à son extrémité est comme un peloton graisseux du meso-appendice tenant suspendu un petit corps ovale de la grosseur d'un pois, bleu rougeâtre, également recouvert de séreuse. On hésite un instant entre la trompe avec l'ovaire et l'appendice iléo-cœcal. Mais en l'attirant un peu au dehors, il devient évident que le cordon est bien l'appendice et le corps ovale qui y est appendu est causé par un peu d'étranglement au niveau de l'anneau herniaire. Résection de l'appendice, ligature du méso. Voici comment est faite la résection de l'appendice.

Incision circulaire de la séro-muscleuse à 1 centimètre et demi, 2 centimètres au dessous de l'abouchement dans le cœcum et dissection de cette séro-muscleuse dans une étendue du un demi-centimètre, puis alors seulement, section de la muqueuse. De cette façon, on fait une sorte de manchette séro-muscleuse destinée à recouvrir la muqueuse.

Suture à part de celle-ci puis de la manchette, le moignon

désinfecté est réintégré dans le ventre. Le sac est disséqué, fermé et refoulé dans l'abdomen (procédé de Mac Ewen). Extirpation du lipôme sous séreux.

Fermeture de la plaie.

Le morceau d'appendice réséqué est normal, la partie du méso qui siégeait dans le sac est épaissie et fibreuse. Guérison après douze jours. Après trois mois, aucune récurrence et on ne sent aucune induration dans la profondeur.

OBSERVATION XI et XII (Hesselbach, cité par Merling).

Deux cas de hernies de l'appendice.

a) Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-coecal chez un enfant de 10 semaines. Adhérences à la partie postérieure du sac.

b) Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-coecal chez un enfant de moins de 2 mois l'intestin adhère à la face postérieure du sac.

OBSERVATION XIII (Nussbaum).

Hernie inguinale droite.

Garçon de 8 ans. Hernie inguinale droite, irréductible, renfermant l'appendice iléo-coecal. Cure radicale. La réduction fut facile, ligature et extirpation partielle du sac. Guérison.

OBSERVATION XIV (Morgagni).

Hernie inguinale droite.

Dans une hernie inguinale droite chez un homme de 30 ans, Morgagni constate la présence de l'appendice vermiforme normal.

OBSERVATIONS XV, XVI, XVII, XVIII, XIX

(Tritschler. Tubergne, 1806).

Cinq cas de hernies de l'appendice.

Tritschler réunit cinq cas dans lesquels on ne trouve que l'appendice cœcal dans des hernies droites.

OBSERVATION XX (Cruveilhier. Catalogue du Musée Dupuytren, n° 237).

Hernie inguinale droite.

Le sac contenait l'appendice iléo-cœcal

OBSERVATION XXI (Verdier. *Traité des hernies*, 1840).

Hernie inguinale droite appendiculaire.

Ernest X..., âgé de 7 ans, très nerveux, ayant peu d'embon-

point. avait depuis l'âge de 3 mois, du côté droit, une tumeur qui ne le gênait que par son volume ; c'est ce qui déterminas ses parents à me consulter. L'examen de cet enfant me fit reconnaître à l'anneau inguinal droit, un corps dur, d'à peu près 3 à 4 centimètres d'étendue, ayant assez la forme d'un doigt de la main et se prolongeant dans le scrotum. Après avoir fait plusieurs applications émollientes, afin de donner de la souplesse à la tumeur, j'essayai le taxis pour la réduire. Elle rentra facilement du scrotum à l'anneau inguinal, mais non dans l'abdomen. Elle soulevait les téguments de manière à produire un relief appréciable dans la direction du canal suspubien. Aussitôt que l'on cessait de comprimer cette tumeur, elle redescendait d'elle-même, quoique le petit malade fut couché. Cette disposition me fit présumer que la tumeur de cet enfant n'était qu'une hernie qui devait sa formation à l'appendice cœcal.

Dans cette supposition je plaçai un bandage sur la tumeur en dehors de l'anneau inguinal, ayant soin seulement, d'isoler le testicule en le portant de haut en bas et au dessous de la pelote du bandage.

Après quatre à cinq mois de compression ainsi exercée, la tumeur se trouva avoir perdu à peu près les trois quarts de son volume. L'anneau inguinal était revenu sur lui même de façon à ne pas faire craindre une nouvelle augmentation de la hernie. Le bandage dont il vient d'être parlé fut porté trois ans ; à cette époque, il n'existait plus d'autre trace de la hernie qu'un léger épaissement de la partie supérieure de cordon testiculaire ; l'anneau inguinal droit offrait autant de résistance à son orifice externe que celui de l'autre côté.

II

Hernies appendiculaires étranglées.

OBSERVATION I (Obs. I de la thèse de Sauvage).

*Hernie de l'appendice verniforme avec épiplocèle étranglée.
Résection de l'appendice. Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 70 ans, porteuse d'une hernie crurale datant de longtemps et irréductible depuis cinq jours. On note de la constipation, de violentes douleurs abdominales, mais pas d'occlusion vraie ; la malade rend des gaz en assez grande quantité et n'a pas de vomissements. Le ventre est ballonné et il existe du hoquet depuis deux jours. On obtient une selle sous l'influence d'un lavement.

A l'examen, on constate que la tumeur est tendue, douloureuse à la pression et du volume d'un œuf, avec corde épiploïque également douloureuse au dessus de l'arcade. (1^{er} décembre) M. Walther pense se trouver en présence d'une épiplocèle crurale enflammée avec péritonite herniaire.

Le lendemain, ce chirurgien se décide à intervenir. Après avoir pratiqué une injection d'une solution de cocaïne au 100^e, il fait une incision verticale couche par couche de la tumeur et arrive jusqu'au sac qu'il trouve recouvert de plusieurs couches cellulo-graisseuses. L'ouverture du sac laisse s'échapper un peu de liquide louche, sanguinolent, et au centre du sac, M. Walther trouve une masse d'épiploon violacé, noirâtre, présentant des

adhérences récentes à la paroi du sac qui est rouge, dépoli, en pleine péritonite. Après ligature et résection de l'épiploon, au dessus du point étranglé, apparaît un organe sortant par la partie interne de l'anneau, allongé, rouge, violacé, à surface séreuse dépolie. Cet organe, libre de toute adhérence au sac, est formé de deux cylindres accolés représentant une petite anse intestinale complète. Le cylindre interne est nettement cylindrique et fluctuant ; le cylindre externe est épais, dur et aplati. En tirant doucement sur cet organe et en le dégageant au dessus du point étranglé, on reconnaît que le cylindre interne n'est autre chose que l'appendice vermiculaire, et que le cylindre externe qui lui est intimement adhérent sur toute sa longueur est constitué par de la graisse contenue dans un repli péritonéal qui est le vestige d'un méso-appendice.

Pour éviter la réduction complète, à cause de la péritonite herniaire très intense, M. Walther fait une ligature et résèque l'organe au dessus du point étranglé ; il le fixe ensuite au niveau de l'anneau crural. La cavité est laissée largement ouverte et tamponnée de gaze iodoformée. Deux points de suture sont seulement placés aux deux extrémités de la plaie cutanée. Tous les phénomènes douloureux disparaissent, la poche se comble rapidement et le 27 décembre, soit 25 jours après, la cicatrisation est complète.

OBSERVATION II (n° 2 de la thèse de Sauvage).

Hernie de l'appendice vermiciforme. Appendice perforé. Résection de l'appendice. Mort.

H..., âgé de 69 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le

16 août 1893, dans le service de M. Monod, suppléé par M le docteur Walther.

Cet homme, très robuste, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel et ne se rappelle avoir fait aucune maladie sérieuse dans son enfance. Il est porteur d'une hernie inguinale droite depuis une dizaine d'années, hernie en partie réductible et pour laquelle il n'a jamais consulté ; jamais il n'a porté de bandages. Jamais d'accidents douloureux de ce côté. Pas de constipation. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, le malade est pris brusquement un soir de douleurs très vives au niveau du scrotum, dans la partie droite. Jusque-là le malade était en excellente santé ; il est très affirmatif sur ce point et n'avait jamais présenté de troubles gastriques.

Pendant les trois jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, le malade a éprouvé des douleurs scrotales très vives, accompagnées de quelques coliques abdominales, d'anorexie, de constipation (pas absolue néanmoins) et de fièvre. Il dut cesser tout travail et reprendre le lit. Le 4^e jour après le début des accidents ne constatant aucun mieux dans son état, il se décide à se faire transporter à l'hôpital Saint-Antoine et est admis salle Blandin, le 16 avril 1893.

Le lendemain, à la visite, il nous raconte ce qui précède, et, après interrogatoire, nous procédons à l'examen de ce malade. Il s'agit, ainsi que nous l'avons noté au début, d'un vieillard assez robuste, présentant un embonpoint moyen. Facies exprimant la douleur. Langue saburrale. Abdomen modérément dé fendu, sonore à la percussion, et sensible au niveau de la fosse iliaque droite.

L'examen des principaux viscères est négatif.

Les poumons sont sains, le cœur ne présente aucun souffle.

À la base, on constate un second bruit fortement claqué. Le pouls radial est assez dur. Urines normales.

Le malade attire notre attention sur la région scrotale qui est considérablement augmentée de volume, dure, luisante, rosée dans sa partie droite, très douloureuse au toucher. La palpation permet de constater l'état de tension des parties, mais il est impossible de sentir nettement le testicule et l'épididyme. On a tout à fait la sensation d'une inflammation testiculo épидидymaire avec vaginalité aiguë. L'empatement se continue en haut jusqu'à l'anneau inguinal, mais on ne peut affirmer la présence d'une hernie. M. Walther pense à une funiculite aiguë. Le testicule gauche est sain, il en est de même du canal de l'urèthre qui n'est le siège d'aucun écoulement. Le malade n'a jamais eu de blennorrhagie.

Température : $38^{\circ}5$. En résumé, le diagnostic ferme est assez difficile à porter. Le malade est tenu au repos, les bourses relevées. On applique des compresses résolutes sur le point douloureux et on administre un grand lavement qui amène une évacuation satisfaisante.

Pendant quatre jours, la situation ne se modifie pas, et la température reste aux environs de $38^{\circ}5$.

Le malade continue à souffrir beaucoup.

Le cinquième jour, à la visite, en découvrant le malade, on note au niveau de la partie antérieure du scrotum une tache de sphacèle de la dimension d'une pièce de deux francs. La pression à ce niveau fait sourdre une gouttelette de pus.

On transporte immédiatement le malade à la salle d'opération et on lui administre le chloroforme.

M. Walther pratique une incision couche par couche sur le scrotum du côté droit. Il s'échappe aussitôt du pus et des gaz

répandant une odeur infecte. Toutes les enveloppes des bourses de ce côté sont infiltrées de pus. Le cordon est difficilement isolé; on trouve de la phlébite du cordon et un testicule sain dans une vaginale suppurée

A la partie supérieure de l'incision, près de l'anneau inguinal, on tombe sur une masse volumineuse de tissu cellulaire épaissi et infiltré de pus. Au centre de cette masse par dissociation, on découvre un organe allongé qui a l'aspect de l'appendice ileo-cœcal. Ce cordon aboutit à une bosselure du cœcum qui fait saillie en dehors de l'anneau. A côté du cœcum, au dessous et en dehors, fait saillie un petit sac herniaire rempli d'épiploon. Résection après ligature de toutes les couches sphacelées; le cordon est ligaturé et l'on pratique la castration. M. Walther fait un large tamponnement iodoformé qui refoule le cœcum dans l'anneau (25 août).

Le 4 septembre, on constate à la visite du matin que le malade a défait son pansement pendant la nuit, et a provoqué par le grattage, une hémorrhagie dans la paroi de la poche. M. Walther fait un nouveau tamponnement.

Les jours suivants, la plaie bien désinfectée, reste absolument aseptique, mais le malade est pris de congestion pulmonaire, puis de pneumonie, et meurt le 10 septembre. Il a été impossible de pratiquer l'autopsie la famille s'y étant formellement opposée.

Le mécanisme de la mort est assez obscur.

Peut-être y a-t-il eu propagation à la grande séreuse? Ce qu'il y a de certain, c'est que ce malade, porteur d'une vieille hernie de cœcum a fait un appendicite avec perforation et abcès gangreneux du scrotum, ainsi qu'il a été possible de le constater au cours de l'intervention.

OBSERVATION III (N^o 3 de la thèse de Sauvage).

Hernie crurale droite étranglée Etranglement de l'appendice hernié. Kélotomie. Guérison.

M. Monod rapporte le cas d'une femme de 60 ans, auprès de laquelle il a été appelé en octobre 1878. Cette femme présentait, depuis vingt-quatre heures, tous les signes d'une hernie crurale étranglée droite. A l'ouverture du sac, M. Monod constata qu'il ne contenait qu'un petit produit allongé qui n'était autre chose que l'appendice vermiculaire. Après débridement de l'orifice herniaire, M. Monod réduisit, dans le ventre, la partie herniée. La malade guérit.

OBSERVATION IV (n^o 4 de la thèse de Sauvage).

(G. Bernard. Société anatomique, avril-mai 1894).

Hernie appendiculaire inguinale étranglée. Cure radicale. Guérison.

M. Georges Bernard, interne des hôpitaux, rapporte l'histoire d'un malade qui se disait atteint de hernie ancienne. Cette hernie était irréductible depuis huit jours. A la palpation de l'aîne droite on perçoit une tumeur dure, irréductible, paraissant se prolonger dans le canal inguinal. On porte le diagnostic d'épiplocèle adhérente et on décide d'opérer.

L'incision faite, on ne trouve pas de sac herniaire, et on tombe sur une petite masse blanche arrondie, longitudinale

sur laquelle des tractions sont aussitôt opérées. On reconnaît que le cœcum est attiré en bas par suite des tractions ainsi faites et que l'organe sur lequel on pratique les tractions n'est autre que l'appendice iléo-cœcal, venu se loger dans le canal inguinal. La résection en est aussitôt opérée. Le malade va bien.

OBSERVATION V (n^o 5 de la thèse de Sauvage).

*Hernie crurale droite de l'appendice. Accidents d'étranglement.
Cure radicale Guérison.*

Julie Ar ..., 50 ans, entrée le 5 mars 1894 à l'hôpital St-Louis, salle Denonvilliers, n^o 14

La malade est porteuse d'une hernie crurale droite dont la date d'apparition remonte à neuf ans, c'est-à-dire en 1885. C'est tout au moins à cette époque que la malade s'aperçut de son existence. Peu après, des accidents d'étranglement survinrent. La malade fut chloroformée et la hernie put être réduite; depuis, grâce au port d'un bandage, elle n'est plus ressortie

Le 4 mars 1894, la hernie sort de nouveau et devient aussitôt irréductible.

Le lendemain 5 mars, elle entre à l'hôpital et est opérée le 6 mars.

Le diagnostic posé était : épiplocèle ou enterocèle étranglée. Les symptômes étaient d'ailleurs des plus vagues : localement, tumeur petite, marronnée, douloureuse, non enflammée. Comme symptômes fonctionnels, peu de chose : pas de vomis-

sements, ni de paralysie intestinale complète. La malade rendait quelques gaz.

Opération. — A l'ouverture du sac s'échappe un peu de liquide. Un organe allongé, légèrement congestionné, ressemblant à la trompe ou à l'appendice, occupe seul la cavité du sac. L'hésitation n'est d'ailleurs pas de longue durée et l'appendice est reconnu.

L'organe ne contenant pas de corps étranger et paraissant sain (congestion légère) est simplement rentré dans la cavité abdominale.

Résection du sac et suture de l'anneau aussi bien que faire se peut.

Suites opératoires. — Des plus simples. La guérison s'est effectuée sans incident.

OBSERVATION VI (Thiéry, Société anatomique,
juillet 1892).

*Hernie inguinale appendiculaire étranglée. Cure radicale
Résection de l'appendice. Guérison.*

Z..., sujet russe. propriétaire de restaurant, âgé de 58 ans, entre à l'Hôtel Dieu, service de M. le professeur Verneuil, le 17 avril 1892.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a huit mois, il remarque dans la région inguinale droite l'apparition d'une petite tumeur dure qu'il prend d'abord pour

un ganglion. Elle est indolente, réductible, dit-il à ce moment. On lui conseilla le port d'un bandage

Il y a trois jours, il est réveillé brusquement la nuit, et se lève en toute hâte sans prendre la précaution d'appliquer son bandage. Immédiatement douleur poignante dans toute la région inguinale, apparue au moment où il sautait du lit; la tumeur de l'aîne devient douloureuse; une compression énergique fait disparaître la tumeur, mais au moment où le malade va à la selle elle apparaît de nouveau et reste cette fois irréductible. Un médecin appelé prescrit des bains, tente un léger taxis. Les vomissements, les nausées surviennent et après avoir appelé un chirurgien en consultation, on décide d'envoyer le malade à l'hôpital où je le vois aussitôt.

Pas d'algidité, assez bon état général, mais éructations fréquentes; cependant *il a été à la selle* encore hier, dit-il, et peu avant d'entrer à l'hôpital *il a rendu des gaz*.

Dans l'aîne droite, tumeur du volume du poing, dure, tendue, douloureuse, chaude et enflammée; c'est une des plus volumineuses hernies étranglées que j'ai vues dans cette région.

La question du quid agendum se présentait.

D'autre part, quel pouvait donc être le contenu d'une hernie aussi volumineuse, si ce n'était l'intestin et comment expliquer la persistance de l'évacuation des selles et des gaz, puisque nous ajoutons peu de foi à l'évacuation du bout inférieur, toujours possible mais fort rare en clinique. Et d'ailleurs, n'y avait-il pas à craindre les dangers d'une expectation en présence d'une hernie, quelle qu'elle fut, étranglée déjà depuis trois jours.

Aussi éclairé déjà par quelque expérience antérieure de ces

étranglements à symptomatologie incomplète, je n'hésitai pas à opérer la volumineuse tumeur.

Tout d'abord, mon étonnement est grand ; je m'attendais à trouver un sac volumineux avec péritonite herniaire, adhérences, etc. ; je rencontre des couches infiltrées, puis grisâtres et stratifiées, que je décortique à la manière d'une hématocèle ; je procède couche par couche ; je resèque ainsi cinq ou six plis de tissus infiltrés, friables, comme fibrineux ; le volume de la tumeur se réduit considérablement et, au dernier moment, je me demande ce qu'il restera pour constituer le sac, lorsque la sonde cannelée perforant un dernier plan sphacélé fait sourdre un liquide odorant, évidemment fécal, formé de sérosité péritonéale mélangée de matières et de gaz ; j'agrandis alors l'incision qui me mène dans le sac infecté au milieu duquel je reconnais un faisceau filamenteux, sphacélé, putride que je cherche à fixer par une pince, songeant alors à la présence possible de l'appendice cœcal.

Avant d'aller plus loin je fais une antiseptie très soignée du sac, à l'acide phénique puis au chlorure de zinc, je taille et je resèque tout ce que je peux des tuniques infiltrées du scrotum en ménageant le canal déférent et j'excise du même coup le fourreau péritonéal allongé mais non spacieux qui entourait l'appendice.

Portant alors mon doigt vers le collet de la hernie, je constate qu'il y a étranglement à l'anneau : je débride et M. Vassilief qui m'assiste, exerçant alors une traction sur le cordon filamenteux incarcéré, attire de l'abdomen et développe un long appendice cœcal. au moment où le cœcum est attiré, on cesse la traction ; j'applique alors un fil de soie à la base de l'appendice très près du cœcum (trop près du cœcum ainsi

que je le remarquai depuis) et je fis la résection de l'appendice en totalité. Celui-ci mesurait près de 20 centimètres. Il était sain dans ses deux tiers supérieurs, nettement étranglé par l'orifice inguinal à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, sphacélé au dessous de l'étranglement et perforé à son extrémité, comme j'ai pu m'en assurer sur la pièce que je présente.

L'appendice réséqué, comment devais-je traiter son pédicule ? j'ai dit que j'avais placé la ligature trop près du cœcum : à la rigueur, j'aurais pu réséquer l'appendice cœcal dans sa continuité, puisque mon aide avait attiré de l'abdomen les deux tiers supérieurs absolument sains ; peu importe d'ailleurs : mais devais-je le réintégrer dans l'abdomen ou le fixer à la plaie scrotale dans la crainte d'une fistule stercorale ? Ce dernier parti pouvait paraître le plus sage ; cependant, désireux d'obtenir la cure « idéale », sûr de l'antisepsie du moignon de résection, je réintérai dans l'abdomen après avoir assuré une simple ligature à la soie et sans cautérisation au thermocautère du moignon de l'appendice.

La plaie scrotale fut réunie par des sutures profondes au fil de Florence dont quelques unes fixèrent des débris cellulaires à l'orifice inguinal, mais en prévision d'une antisepsie incomplète je laissai un drain dans la plaie. Pansement sec iodoformé. Les jours suivants, le malade va bien : alimentation liquide ; toute douleur disparaît, régularisation des fonctions gastro-intestinales ; le malade s'alimente exclusivement avec du thé ; il en prenait dans son pays jusqu'à trente et quarante tasses par jour. Cinq jours après, sa température monte un peu, je lève alors le pansement : il est complètement souillé d'un pus grisâtre, très abondant, que je prends au premier abord

pour du liquide intestinal; cependant il n'a pas d'odeur; je supprime alors les points de suture sur toute l'étendue de la plaie cutanée dont je fais l'abstersion complète; j'y trouve de nombreux lambeaux de tissu cellulaire sphacélé encore adhérent, mais ne puis déterminer s'il y a ou non communication intestinale; c'est alors que je regrette d'avoir pratiqué l'excision de l'appendice aussi près de l'ampoule cœcale

Deux jours après, le pansement est fait de nouveau; aucune suppuration spéciale; la plaie est dans des conditions parfaites de réunion par seconde intention. Quelques lambeaux de tissu cellulaire s'éliminent encore, mais la plaie est belle et granuleuse et il est certain qu'il n'y a pas eu de fistule stercorale; l'antisepsie de la plaie scrotale, presque impossible dans ces tissus plegmoneux et infiltrés, avait été incomplète. Dès lors, l'observation peut être close: la plaie granula rapidement sous l'influence du Vigo dont je me sers toujours pour provoquer l'épidermisation des plaies, et 20 à 25 jours après l'opération, le malade quittait le service en état général et local parfaits.

OBSERVATION VII. (Carlo Javanelli. *Annali universali d'Osmondi*, t. LXXV, p. 430, 1836).

*Hernie inguinale droite étranglée formée par l'appendice cœcal.
Cure radicale. Guérison.*

Le profond silence de tous les chirurgiens sur cette espèce de hernie me paraît être une preuve de sa rareté.

Cessoni Alavianna, âgée de 68 ans, servante, de constitution médiocrement forte, entra à l'hôpital le 9 avril 1835; elle

portait une hernie déjà depuis plusieurs années ; mais, depuis un an elle avait cessé l'emploi du bandage. Elle présentait tous les symptômes d'une hernie inguinale droite étranglée. Suivant la malade, ces symptômes existaient depuis deux jours ; ventre considérablement tendu : constipation ; pouls petit, déprimé, contracté et fébrile ; mais il n'y avait ni nausées, ni vomissements et il ne s'en manifesta point jusqu'au moment de l'opération.

La malade ayant été couchée, avec les cuisses légèrement fléchies sur le ventre, je lui fis faire une saignée du bras de 16 onces et je prescrivis des applications émollientes sur la tumeur dans l'espoir d'obtenir la réduction sans opérer. Ces premiers moyens n'ayant produit aucun effet avantageux, je prescrivis un bain entier. Dans la soirée, les symptômes ne s'étant point améliorés, on fit une nouvelle saignée de 18 onces. Je laissai encore quelques heures s'écouler ; mais voyant que les choses allaient de plus mal en plus mal, je me décidai à pratiquer l'opération, comme seul moyen de sauver la malade. Le taxis avait été employé plusieurs fois sans succès.

La malade fut placée d'une manière convenable. Avec un bistouri convexe, je divisai les téguments, et j'incisai couche par couche le sac herniaire, d'où il ne sortit que peu de liquide. Ayant examiné avec soin les parties qui y étaient renfermées, je fus fort surpris de n'y trouver que l'appendice cœcal qui avait atteint un volume quadruple de son volume ordinaire. Pour pouvoir le replacer dans l'abdomen, j'incisai le collet du sac en même temps que l'anneau inguinal qui s'opposait à sa rentrée ; voulant m'assurer si, en réalité, la hernie n'était constituée que par l'appendice en question, j'attirai brusquement celle-ci en dehors, et à l'instant même le cœcum se présenta

comme faisant suite à son appendice, qui, dans le point où elle abandonne l'intestin, présentait un sillon circulaire, indice de l'étranglement auquel le cœcum ne participait nullement.

Après cette exploration, j'opérai la réduction.

Après l'opération, la malade eut plusieurs selles qui furent produites par un purgatif huileux; pendant deux jours elle fut parfaitement calme; mais ce court espace de temps était à peine écoulé, qu'il se déclara une fièvre intense accompagnée de vives douleurs et d'une tuméfaction phlegmoneuse dans tout le côté correspondant à la hernie. Pour combattre cette inflammation, il fallut recourir huit fois à la saignée du bras, faire plusieurs applications de 40 sangsues chaque et entretenir des applications locales émollientes. Malgré ces moyens énergiques, il se fit une suppuration très abondante, qui disparut peu à peu à mesure que la plaie diminuait, de telle sorte que celle-ci était presque entièrement cicatrisée à la fin du mois de mai.

La malade resta encore quelque temps à l'hôpital pour rétablir sa santé et le 16 juin elle sortit parfaitement guérie.

OBSERVATION VIII (Pollosson, *Lyon Méd.*, 21 mai 1893).

Etranglement de l'appendice cœcal

Y..., 71 ans, vieillard cachectique. On trouve dans la région iliaque droite, au dessus de l'arcade, une tumeur fluctuante qu'on incise; le malade meurt quelques jours après. A l'autopsie, on trouve dans cette tumeur l'appendice iléo-cœcal gangrené et perforé.

OBSERVATION IX (N^o 11 de la thèse de Sauvage).

Hernie crurale droite étranglée, renfermant l'appendice.

Cure radicale. Guérison.

A.. E..., repasseuse, 37 ans porte depuis cinq ans une tumeur dans la région crurale. Elle présente tous les symptômes d'une hernie étranglée. Opération, le sac incisé, on y trouve un cordon rougeâtre, du volume du petit doigt. On débride l'étranglement et on voit que ce cordon est l'appendice iléo-cœcal, on le lie et on le résèque Guérison

OBSERVATION X (N^o 12 de la thèse de Sauvage).

Hernie crurale droite étranglée renfermant l'appendice. Cure radicale. Résection de l'appendice. Guérison.

X. Y..., infirmière, 32 ans. porte depuis deux ans une hernie crurale droite. symptômes d'étranglement. Opération. Le sac est incisé. Le doigt, introduit dans le sac, rencontre profondément, au devant de l'anneau crural, une petite tumeur dure, résistante; on agrandit l'incision et on voit un corps cylindroïde, tendu, rougeâtre, présentant comme un appendice épiploïque sur un de ces bords et qui donne l'impression de l'appendice vermiforme. On résèque cet appendice après l'avoir lié. Guérison.

OBSERVATION XI (Thompson. *British medical Journal*
1882, p. 579).

Hernie inguinale droite étranglée, contenant l'appendice
Kélotomie. Guérison.

Homme âgé de 67 ans, porteur d'une hernie inguinale droite datant de vingt ans et maintenue par un bandage. Un matin, en cherchant à placer son bandage, le malade éprouve subitement une douleur intense dans la région de la hernie. Celle-ci augmente de volume et la douleur devient si aiguë que le malade se tord littéralement sur le parquet. Il se recouche, fait quelques applications de compresses chaudes et, finalement, ne se trouvant pas mieux dans la soirée, me fait appeler.

Je constate dans la partie droite du scrotum une masse oblongue, ayant l'apparence d'une hernie inguinale très dure, mais douée d'une certaine élasticité sur certains de ses points. Pas de gargouillements, la hernie ne rentrait pas. Vives douleurs dans le siège de la hernie, pas de vomissements, les selles n'étaient pas supprimées. Langue saburrale; pouls, 72.

Pendant deux jours de suite, le malade se trouvant plutôt mieux, je ne juge pas urgent d'intervenir; mais le quatrième jour, les choses paraissent se modifier en mal, je me décide à opérer, malgré l'absence de vomissements et bien que le malade continuât d'aller à la selle.

Nous incisons et arrivons, mon frère et moi, jusqu'au sac de la hernie supposée. En ouvrant ce sac, nous donnons issue à de la sérosité de couleur rose et d'odeur fécale, et nous cons-

tatons la présence d'un corps dur, large de deux doigts environ, de coloration rouge vif, à contours irréguliers et de forme marronnée. Pas d'intestin dans le sac, et l'on pouvait facilement passer deux doigts à travers l'anneau. Pensant avoir affaire à de l'épiploon, je coupais ce que je pouvais attirer à moi. La substance était dure, je le répète, et ressemblait assez à une tumeur fibreuse. La partie sectionnée avait environ 2 pouces 1/2 de long.

Après suture partielle et pansement de la plaie, nous examinâmes ce que nous avions enlevé du sac. La surface coupée avait l'air de l'orifice d'un tube de diamètre égal à celui d'une plume d'oie, entouré d'une coque épaisse et dure. L'orifice correspondant de la partie supérieure de ce tube était visible dans la plaie. Je vis alors que c'était bien l'appendice cœcal que j'avais enlevé; j'en fus convaincu davantage encore en trouvant à son extrémité, enseveli dans la masse, un petit os tranchant et dur, cause probable de l'inflammation. Je crus bon de retirer les sutures le troisième jour à cause de la suppuration et de laisser dans la cicatrice le bout ouvert de l'appendice. Une petite fistule stercorale persista quelque temps, mais n'empêcha pas le malade de vaquer à ses occupations.

OBSERVATION XII (Guinard, *Presse médicale*
28 novembre 1896).

*Hernie crurale appendiculaire. Etranglement. Kélotomie.
Résection de l'appendice. Guérison.*

M^{me} L., 45 ans, portait depuis deux ans une hernie droite,

crurale, qui rentrait facilement et était ordinairement contenue par un bandage. Le 5 mai, au moment de se coucher, la malade ôte son bandage ; la hernie sort et ne peut être réduite. Le lendemain, au réveil, quelques douleurs un peu partout, mais la malade peut continuer son travail jusqu'au 7 mai, c'est-à-dire pendant quatre jours. Le 8 mai seulement, elle entre à Lariboisière. Elle présentait localement une tumeur crurale, du volume d'une petite noix, dure, douloureuse et mate. Pas de phénomènes généraux pas de ballonnement du ventre, le passage de gaz est conservé. On pensa à une épiplocèle.

Aussitôt après avoir débridé l'anneau, on aperçut, sortant de la cavité abdominale, l'extrémité libre de l'appendice, et en exerçant une légère traction, on amena au dehors l'extrémité inférieure du cœcum. L'appendice fut réséqué, et la plaie refermée.

L'appendice mesurait une longueur de 15 centimètres. Il présentait un sillon d'étranglement marqué, au dessous duquel on observait une dilatation ampullaire. L'étranglement avait porté sur l'appendice seul, le méso avait été respecté. Cela explique comment, les vaisseaux n'ayant pas été enserrés, il ne s'est pas produit de sphacèle de l'extrémité périphérique.

OBSERVATION XIII (E. Swasey, *The medical record*, 1881

Etranglement de l'appendice hernié. Opération. Guérison.

Que l'on se trouve en présence d'une hernie inguinale présentant les caractères de l'étranglement il est toujours très intéressant de noter le cas où l'on trouve l'appendice vermiciforme

dans le sac de la hernie. J'ai rencontré dernièrement pareil fait dans ma pratique. L'opération fut pratiquée 30 heures après le début des symptômes, et donna un excellent résultat.

C'est le second cas identique que l'auteur puisse signaler.

OBSERVATION XIV (Guersant fils, *Gazette des hôpitaux*, 1881).

Hernie inguinale droite, non congénitale, datant de l'âge de 2 ans. chez un enfant de 13 ans 1/2. Étranglement. Inflammation. Opération. La tumeur était représentée par l'appendice iléo-cæcal et une masse énorme d'épiploon. Mort. Autopsie.

2 juin. — Le petit malade qu'on amène dans nos salles, dit M. Guersant, présente, tous les symptômes d'une hernie étranglée.

Les parents nous assurent qu'il portait cette hernie dès sa plus tendre enfance, ou plutôt qu'il en avait été atteint autrefois, ce qui l'avait obligé de porter un bandage. Depuis très longtemps la hernie ne reparaisait plus; aussi l'enfant avait-il complètement délaissé son bandage. Ce matin, avant l'entrée du malade à l'hôpital la hernie avait reparu et s'était aussitôt étranglée.

Je vois pour la première fois le malade à 10 h. 1/2 du soir, le jour de son entrée, et constate les caractères physiques et physiologiques d'une hernie inguinale droite, avec étranglement inflammatoire. La forme de la tumeur qui renfermait tout le scrotum et qui était bosselée, inégale à la surface, dure, avec empatement et rougeur du tégument, sans fluctuation, ni

sonorité, pesante d'ailleurs eu égard à son volume, sans gargouillement ; tous ces signes, qui auraient dû traduire la participation de l'intestin à la formation de la tumeur tels que ballonnements du ventre, météorisme, douleur abdominale, défaut d'évacuations intestinales, de hoquet, de vomissements, de coliques, etc., manquaient.

Les symptômes locaux étaient encore peu graves, et rien n'indiquait un état général alarmant ; je fus d'avis d'employer le taxis, et de proscrire, quant à alors, au moins, l'opération, me rappelant avoir, dans plus d'une occasion, entendu dire à Dupuytren qu'il était rare que la hernie étranglée chez les enfants ne finît pas par rentrer sans qu'il fut nécessaire d'en venir à l'opération sanglante.

Le taxis n'ayant pas réussi je prescrivis une application de sangsues, moyen fréquemment efficace, et un bain, puis un second. Le malade passa une mauvaise nuit.

Le lendemain 3 juin, la douleur était plus douloureuse que la veille ; il y avait eu un vomissement dans la nuit mais qui ne s'était plus renouvelé jusqu'à l'heure de la visite ; il n'y avait pas eu de selles non plus ; le ventre n'était ni douloureux ni ballonné. Le taxis fut encore pratiqué à 10 heures du matin ; la tumeur était enflammée et avait le volume d'un œuf de cygne.

La question de procéder sur le-champ à l'opération fut un moment agitée ; mais nous avions grande foi dans les paroles de Dupuytren, notre illustre maître, qui trouvaient d'ailleurs une confirmation dans notre propre expérience ; car jusqu'alors nous avions toujours vu rentrer les hernies des enfants sans opération, et celle-ci fut encore différée jusqu'au soir au moins.

Après avoir eu recours encore à un lavement de tabac, dont l'action dynamique, d'ordinaire si efficace dans l'étranglement herniaire, ne s'exerça point ici d'une manière évidente, je fus d'avis de ne pas attendre plus longtemps.

L'opération fut de suite pratiquée, en nous conformant du reste au procédé généralement usité.

Avant d'arriver sur le sac, nous eûmes à diviser couche par couche plusieurs feuillets de tissu cellulaire condensé, excentrique au sac lui-même et qui donnait de prime abord à celui-ci l'apparence d'un épaississement remarquable. Mais il n'en était rien, et bientôt nous arrivâmes sur le feuillet séreux dont les caractères anatomiques n'étaient pas altérés notablement. Lorsqu'en procédant à la division du sac, nous eûmes pratiqué, sur un de ses points, une petite ouverture, il s'en échappa un liquide qui répandit une forte odeur de matières fécales. Nous pensâmes un instant avoir porté un diagnostic à certains égards inexact, car sur la donnée que nous venions d'émettre, il ne nous paraissait plus douteux que l'intestin eut formé partie constituante de la hernie, se fut gangrené et eut laissé s'épancher des matières liquides dans la cavité du sac. Il nous paraissait de même que nous avions des reproches à nous adresser pour avoir trop longtemps différé l'opération.

Il n'en était rien pourtant, le sac ayant été ouvert, une grande masse épiploïque, gangrenée en partie, se montra à nos yeux, mais il n'y avait point d'intestin.

L'étranglement siégeait au collet du sac ; on le fit cesser par le débridement directement en haut.

La plus grande partie de l'épiploon fut réséquée, l'autre fut liée au pourtour de l'ouverture abdominale.

Ceci étant fait, en soulevant la partie la plus postérieure de

l'épiploon, nous trouvâmes une languette arrondie, de couleur rosée, résistante, occupant tout à fait la partie postérieure de la tumeur et descendant en arrière de l'épiploon, jusqu'au bas fond du sac auquel elle adhérait intimement.

Nous pensions avoir affaire là à une atrophie de l'épiploon transformée en bouchon organique, sans réfléchir que l'épiploon n'est pas assez développé en général chez l'enfant pour faire partie d'une hernie, ou du moins qu'il rentre assez facilement.

Ce qui était bien évident cependant, c'est que le cordon déjà mentionné était depuis longtemps dans le sac, puisqu'il adhérait à celui-là d'une manière très intime. De toutes manières donc, il faisait partie des organes anciennement herniés. Quant à la masse énorme d'épiploon, sa descente dans le sac était tout à fait de nouvelle date.

Dès le lendemain de l'opération, c'est-à-dire le vendredi matin, existaient déjà des symptômes de péritonite qui allèrent toujours en augmentant. Le malade mourut dans la journée.

Autopsie. — Pour ce qui est de l'abdomen, nous avons trouvé à la surface extérieure des circonvolutions intestinales lubrifiées par une couche très mince de pus ; une petite quantité de ce fluide était accumulée dans l'excavation pelvienne.

L'épiploon était sain ; les dégâts de cet organe se limitaient exclusivement à la partie qui avait dépassé la limite du collet du sac.

Le prétendu cordon épiploïque dont nous avons fait mention plusieurs fois n'était autre chose que l'appendice vermiculaire du cœcum ayant acquis deux ou trois fois sa longueur ordinaire, conservant la perméabilité de son canal, et adhérent

au bas du fond du sac, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure. Cet organe, protégé de toutes parts par l'épiploon, excepté à sa partie postérieure dans une très petite étendue, n'avait pas eu beaucoup à souffrir de la constriction du collet.

Il reste clairement démontré à présent, et c'est là du moins notre opinion personnelle, que dès son origine, la hernie était représentée exclusivement par l'appendice vermiforme, dont la persistance après l'usage prolongé du bandage, et par suite de sa disposition cordoniforme, a pu faire croire à la guérison radicale de la hernie par suite de la transformation de l'épiploon en un bouchon organique.

OBSERVATION XV (Dieffenbac. 1848).

Hernie crurale droite, étranglée depuis trois jours. L'appendice vermiforme gangrené est trouvé dans le sac de la hernie. Guérison.

J. R..., 42 ans, femme robuste, entrée à l'hôpital de Heidelberg, le 4 septembre 1880.

Hernie survenue depuis trois jours sans accidents particuliers. La malade ressentit d'abord de violentes douleurs dans le pli de l'aîne du côté droit. Malgré cela, elle continue son travail sans qu'il survint d'autres symptômes aggravants. A la fin de la première journée, la malade remarque l'apparition de la tumeur qui augmente de volume dès le lendemain. On appelle un médecin qui essaye le taxis sous le chloroforme mais qui n'obtient aucun résultat. Pas de signes d'étranglement. La malade entre à l'hôpital où l'on constate ce qui suit : dans le pli de l'aîne

droite, près du pubis, une tumeur de la grosseur d'une noix, de consistance dure, plutôt élastique, qui se laisse mouvoir latéralement. La peau qui recouvre la tumeur n'est pas enflammée, elle se laisse pincer facilement. Vive douleur à la pression.

Température : 38° 4. L'abdomen n'est ni ballonné ni douloureux.

Le professeur Braün se met en mesure de pratiquer l'opération. Après avoir fait une incision de 8 centimètres de long environ sur la tumeur, il ne tarde pas à découvrir un paquet de ganglions, sous lesquels il trouve un sac herniaire, qui se laisse détacher facilement. Immédiatement au dessous, l'artère femorale apparaît et est mise à nu sur une longueur de 5 centimètres. Le sac de la hernie rentre alors dans le canal crural. M. Braün l'incise, et se trouve en présence d'un petit corps cylindroïde, de la grosseur d'un tuyau de plume, en partie de coloration gris verdâtre, que l'on peut à volonté faire sortir et rentrer. C'était l'appendice vermiforme gangréné. M. Braün le résèque et introduit un drain dans la plaie en complétant avec un pansement antiseptique de Lister.

Après l'opération, la malade eut de violentes coliques et un peu de météorisme abdominal.

Le 8 septembre seulement (l'opération datait du 4), la malade alla à la selle et un mieux sensible s'opéra dans son état. Quelques jours après, elle eut même de la diarrhée, mais temporairement. Les règles qui apparurent trois semaines après l'opération, furent plus abondantes que d'habitude. En résumé, l'état général devint de plus en plus satisfaisant, et la malade sortit guérie le 20 octobre.

OBSERVATIONS XVI et XVII (Davies Colley,

Guys Hospital Report).

Hernies appendiculaires étranglées.

Se basant sur plusieurs observations personnelles, l'auteur démontre que dans certains cas l'appendice vermiforme peut constituer l'unique contenu d'une hernie droite et que l'étranglement de celle-ci provoque de violents symptômes.

Dans d'autres cas, on n'observe pas de constipation malgré des symptômes d'étranglement.

Ailleurs, l'étranglement serait, d'après l'auteur, cause de la perforation et de la présence de pus dans le sac de la hernie.

OBSERVATION XVI.

W ..., âgé de 38 ans, hernie survenue il y a 8 jours, en soulevant une charge. Depuis l'accident, phénomènes d'étranglement apparaissant à la suite de manœuvres de réduction.

Depuis trois jours, phénomènes d'étranglement avec selles régulières, collapsus : l'opération est décidée et on trouve une petite hernie fémorale longue de trois pouces et contenant l'appendice vermiforme sans aucune altération. Le sac de la hernie est suturé et l'opération est suivie de guérison.

OBSERVATION XVII.

M..., âgé de 58 ans, hernie inguinale droite datant de 30 ans, irréductible depuis quelques jours ; le port du bandage est impossible.

Phénomènes d'étranglement depuis quatre jours, abdomen sensible, sans selles ni gaz. La réduction est possible en partie. La fièvre survenant, l'opération est décidée. Le tissu de la hernie est adhérent et derrière lui se trouve l'appendice vermiculaire de couleur rougeâtre en certains points, jaune en d'autres. Résection de l'appendice et des éléments de la hernie, ligature à la soie. Le malade succombe huit jours après l'opération.

A l'autopsie, on constate de la péritonite aiguë ayant son point de départ à l'endroit de la ligature.

L'auteur est d'avis que la présence de l'appendice dans le sac herniaire empêcha certainement l'application du bandage et produisit l'étranglement de la hernie.

OBSERVATION XVIII (n^o. 24 de la thèse de Sauvage).

Hernie inguinale droite étranglée contenant l'appendice.

Opération. Guérison.

Enfant de cinq mois. Hernie congénitale inguinale droite. Constipation et vomissement datant de trois jours. Depuis 24 heures, la hernie a considérablement augmenté de volume, la peau est le siège d'une vive inflammation, le scrotum est très œdématisé. On note la présence de gaz considérables.

L'opération est décidée et l'on trouve un appendice perforé,

nécrosé, nageant dans le pus. On introduit facilement le doigt dans la cavité du ventre. Le petit malade supporte bien l'opération et le rétablissement est complet vingt jours après l'opération. Toutefois, il faut noter la persistance d'une fistule un an après l'opération, fistule donnant issue de temps en temps à des matières fécales.

OBSERVATION XIX (n° 25 de la thèse de Sauvage).

Hernie crurale droite étranglée renfermant l'appendice.

Opération. Résection de l'appendice. Guérison.

T..., âgé de 47 ans, hernie fémorale droite survenue à la suite d'un violent effort il y a quatre mois et réduite. Symptômes d'étranglement depuis cinq jours, collapsus, abdomen sensible, respiration stertoreuse. On pratique l'opération et on trouve dans le sac de la hernie 60 grammes environ de sérosité et de petites nodosités ressemblant à un intestin adhérent à la paroi. Après l'incision de cette paroi, on trouve un liquide séreux d'une odeur fétide, et dans la cavité formée par la paroi une enveloppe jaune marbrée, de l'épaisseur du doigt, par l'ouverture de laquelle s'échappent les gaz de l'intestin. C'est alors seulement qu'on put établir le diagnostic d'une hernie appendiculaire. On put introduire facilement une sonde assez profondément dans l'appendice, on réséqua celui-ci, on referma la plaie au catgut et le malade ne tarda pas à se rétablir sans que la plaie laissât échapper la plus petite partie d'excréments. Guérison en deux mois.

OBSERVATION XX (Pick. *Lancet*, 1881. V. I).

Hernie inguinale droite étranglée formée par l'appendice cæcal
Opération. Résection de l'appendice gangrené. Mort.

Le sieur P . . , âgé de 54 ans, portait depuis douze ans une hernie inguinale droite qui ne le gênait nullement ; il n'avait même jamais éprouvé le besoin de se servir d'un bandage.

Il y a cinq jours, apparurent brusquement des symptômes d'étranglement : suppression des selles et des gaz, nausées, vomissements. On essaya le taxis, mais sans résultat. Le malade fut vite très abattu. A l'examen, la région inguinale droite, le ventre même jusqu'à l'ombilic étaient œdématisés et rouges. A la partie supérieure droite du scrotum, c'est à dire depuis l'orifice externe du canal inguinal jusqu'au scrotum, s'étendait une tumeur volumineuse comme le poing, qui ne variait pas quand on faisait tousser le malade.

L'opération est décidée. On trouve des tissus mous, infiltrés, et dans le sac de la hernie, une certaine quantité de pus épais et fétide dans lequel se trouvait l'appendice parfaitement isolé et enroulé sur lui-même, étranglé à l'anneau.

Après avoir en quelque sorte déroulé l'appendice, on procéda à un nettoyage soigné en observant toutes les règles de l'antisepsie, on réséqua l'appendice, et le sac de la hernie fut extirpé.

Le malade succomba cinq heures après l'opération. A l'autopsie, il fut facile de constater qu'au point de réunion du cæcum et de l'appendice, ce dernier présentait un changement de couleur très notable, avec augmentation de volume.

Pick ajoute que c'est le seul cas de hernie appendiculaire étranglée dont il eut connaissance. Il dit ne pouvoir expliquer la complète rétention des selles et des gaz, l'intestin n'ayant été aucunement lésé, à en juger par l'examen scrupuleux fait à l'autopsie.

OBSERVATION XXI (Cabaret. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1842).

Hernie crurale appendiculaire étranglée. Opération. Guérison.

Mlle P..., 60 ans, ordinairement bien portante, quoique très maigre et d'une faible constitution, éprouva sans cause connue, le 4 mai 1839, des vomissements et des coliques que son médecin combattit par des lavements émollients, des boissons adoucissantes. Un examen soigneux des parois abdominales, le confirme dans l'opinion que la malade n'était point atteinte de hernie.

5 mai. — Deux selles sont survenues dans la nuit, les vomissements d'abord composés de matières alimentaires, sont devenus muqueux et bilieux, et se répètent plus souvent.

Le 6. — Un nouvel examen fait déceler une hernie crurale du côté droit, formée spontanément et déjà étranglée. Elle avait le volume d'un gros œuf de poule, et offrait beaucoup de sensibilité à la pression. Des tentatives de réduction furent infructueusement pratiquées.

Le 7. — Le poulx devient petit, fréquent, la langue sèche, les vomissements sont très rapprochés, quelques hoquets se manifestent de temps en temps. Le ventre est fort tendu, douloureux, principalement vers l'ombilic, l'épigastre, et la région occupée par la hernie ; le facies est grippé.

Consultation ce jour là du Docteur Cabaret, qui se décide à pratiquer la kélotomie d'urgence.

Incision de la peau.

J'incisai ensuite avec beaucoup de précaution le fascia superficialis et le fascia propria. En agrandissant superficiellement, à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, l'ouverture de la partie supérieure de cette dernière enveloppe afin de mettre plus immédiatement à nu le sac herniaire que je cherchai à découvrir, un appendice d'environ trois pouces de long, affectant la forme d'un intestin grêle très gonflé, ayant le volume de 2 pouces, d'une couleur rouge brune et se terminant en pointe aiguë infiltrée de sang noirâtre, s'échappa de haut en bas ; nous pensâmes de suite que la partie que nous avions sous les yeux n'était autre que l'appendice du cœcum et que, par conséquent, il n'existait pas de sac herniaire. En recherchant les causes de l'étranglement nous découvrîmes qu'il était produit par la partie interne de l'orifice supérieur du canal crural et que la base de l'appendice était fortement serrée par cette partie. On débride avec le bistouri boutonné droit sur le ligament de Gimbernat, le plus près possible du pubis ; puis pour m'assurer si la hernie était exclusivement formée par la sortie de cet appendice, je l'attirai doucement vers moi, en entraînant le cœcum. Un retrécissement en manière de collet entre l'une et l'autre démontrait que l'intestin n'était pour rien dans l'étranglement. On procéda ensuite à la réduction qui eut lieu avec la plus grande facilité.

Pansement. — Le lendemain, amélioration qui progresse de jour en jour et le 13 mai, la malade est guérie.

OBSERVATION XXII (Résumée). (G. Beaumetz.

Gazette des hôpitaux, 1842, p. 462).

*Hernie étranglée. Opération. Présence de l'appendice
du cæcum dans la hernie. Mort. Autopsie.*

Le nommé S..., 19 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 22 août 1859, avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Il était atteint d'une hernie inguinale droite depuis l'âge de 8 ans, pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage. L'étranglement datait déjà de huit jours lors de son entrée dans le service de Velpeau, remplacé par M. Manec.

Comme symptômes généraux, le malade avait eu des vomissements alimentaires, puis ensuite fécaloïdes ; arrêt complet des matières.

Comme symptômes locaux, à la partie la plus interne de l'aîne droite et suivant la direction du cordon, on trouve une tumeur ovale du volume d'une grosse noix ; cette tumeur est dure, mais ne présente pas la consistance d'une hernie. On sent, en l'examinant avec soin, une espèce de cordon dur, qui est placé entre la peau et la tumeur ; la douleur est très vive, la peau est rouge, le ventre est ballonné dans toute la portion sous-ombilicale et douloureux à la pression.

M. Manec se décida à intervenir d'urgence ; et la dissection couche par couche, peau, tissu cellulaire qui est très enflammé et présente des petits foyers de pus, conduit sur un corps qui a toutes les apparences d'un intestin gangréné. Ce corps est baigné par le pus. En l'isolant avec soin des tissus environnants, on s'aperçoit qu'il est formé par un cordon de la grosseur d'une

plume d'oie, qui, d'une part, sort de l'anneau inguinal et de l'autre plonge dans le scrotum. Ce corps est grisâtre comme, gangréné et on ne sent rien dans son intérieur.

La première idée de M. Manec fut qu'on avait affaire à l'appendice du cœcum. Au dessus et adhérent à sa face postérieure on trouve une poche à parois épaisses, parsemées de petits points en suppuration qui n'est autre que le sac herniaire. Ouvert, il laisse voir une toute petite portion d'intestin étranglé.

Débridement, réduction de l'anse herniée reconnue saine sous le chloroforme, que l'on n'avait pas administré jusque-là, et qu'il devint nécessaire de donner, le malade se débattant et poussant des cris qui rendaient la réduction impossible.

Restait le corps cylindrique que M. Manec considérait comme l'appendice du cœcum. On cherche, mais en vain, son extrémité inférieure, elle paraît plonger dans le fond du scrotum. M. Manec abandonne alors sa première idée, et dit qu'on pourrait bien avoir affaire au canal spermatique altéré par le pus. On le laisse donc et on procède au pansement.

De midi à trois heures, ce malade a trois selles, pas de vomissement. A cinq heures, les vomissements reparaissent.

Le 23. — L'état s'aggrave et à midi le malade meurt.

A l'autopsie, les intestins sont rouges et congestionnés sans aucune adhérence. En les écartant, on arrive à l'orifice interne du canal inguinal.

Devant cet orifice, et ayant contracté des adhérences à son pourtour se trouve la portion d'intestin qui a été réduit. La distance qui sépare le point hernié du cœcum est de 14 cent.

Le méso-cœcum manque, le cœcum placé très bas touche à l'arcade crurale et son appendice vermiculaire plonge dans l'orifice pubien du canal inguinal, en avant du collet du sac

herniaire et complètement indépendant de ce dernier ; et jusque dans l'anneau, il est parfaitement sain.

En disséquant avec soin la région inguinale, on trouve que le cordon, sur la nature duquel il y avait eu des doutes, est bien l'appendice du cœcum, profondément altéré par le pus, qui le baigne de tous côtés. Cet appendice, dans la portion herniée a 7 centimètres de longueur.

Dans toute cette étendue, il a contracté de nombreuses adhérences avec le tissu cellulaire environnant ; adhérences sous forme de brides qui maintiennent, en lui faisant faire de nombreux circuits, l'appendice dans sa nouvelle position.

Dans son intérieur, l'appendice ne contient pas de corps étrangers, on ne trouve que du pus.

Au dessus de l'appendice cœcal, on trouve le sac herniaire ; ce sac a le volume d'une noix, sa paroi est épaissie. Par son côté externe, il est adhérent avec le tissu cellulaire épaissi et suppuré et en avant, avec l'appendice cœcal. Sa surface interne est rouge. Enfin, en arrière du sac, on trouve le cordon avec tous ses éléments un peu enflammés.

En résumé, on trouve successivement en allant de l'extérieur à l'intérieur, la peau, le tissu cellulaire enflammé et suppuré, l'appendice du cœcum, le sac herniaire contenant la portion de l'intestin grêle enflammé, enfin reposant sur le pubis, le cordon.

Il est probable que depuis longtemps l'appendice cœcal était sorti de la cavité abdominale et que sa présence dans le canal inguinal avait précédé de beaucoup celle de l'intestin grêle. Le début de cette dernière ne remonte probablement qu'à une huitaine de jours, époque à laquelle le malade fit un violent effort. Il ressentit les premiers symptômes de l'étranglement.

OBSERVATION XXIII (n° 3 de la thèse de Segelmann).
(Observation de M le docteur Reynier).

*Etrangement d'une hernie inguinale contenant l'appendice.
Résection de l'appendice. Guérison*

B... Alexandre, âgé de 34 ans, profession : comptable. Entré le 2 décembre 1896. Sorti le 23 décembre 1896.

Antécédents héréditaires et personnels insignifiants.

En 1885, au troisième conseil de révision (il avait été deux fois ajourné en 83 et en 84 pour faiblesse de constitution) on lui trouve un point de hernie à droite. Le malade n'avait ressenti jusque-là aucun trouble ni aucun malaise. Ce n'est que deux ans après en 1887, après un effort un peu violent, qu'il s'aperçoit que la hernie est sortie pour la première fois. Depuis cette époque, elle sort à des intervalles irréguliers. Après un repos même de quelques instants dans la journée, et pendant la nuit, elle se réduit d'elle-même pour reparaitre quelques instants après.

Chaque fois qu'elle sortait, elle était douloureuse spontanément, et à la pression. En même temps le malade ressentait des coliques violentes de la fosse iliaque.

Le malade en était arrivé à ne pouvoir réduire lui-même la hernie. Cet état reste stationnaire jusqu'au 15 novembre 1896. A ce moment, le malade est obligé de s'arrêter. Dans un effort, il ressent une douleur très vive dans l'aîne droite, et la hernie devient impossible à réduire en totalité. Elle ne rentre que partiellement pendant la nuit, pour ressortir toute entière au lever.

Il n'y a pas de nausées, pas de vomissements, pas de troubles dans le cours des matières ni dans l'émission des gaz.

Le malade se décide à entrer à l'hôpital, le 2 décembre 1896, ne pouvant plus supporter les douleurs très vives qu'il ressentait depuis quelques jours.

A l'examen, on constate la présence d'une hernie inguino-scrotale volumineuse de la grosseur du poing, partiellement réductible, peu tendue. La pression est douloureuse et les douleurs sont vives dans la fosse iliaque quand on cherche à réduire; à la percussion, tout est sonore; quand on prend la tumeur entre les mains en la comprimant même légèrement on détermine du gargouillement. Il semble donc que l'on ait affaire à une hernie contenant surtout l'intestin. L'anneau est très large.

En présence de symptômes douloureux, on se décide à intervenir.

Opération le 5 décembre 1896.

Anesthésie au chloroforme.

Incision couche par couche. On arrive sur le sac qui est ouvert. Dans le sac, la première chose qui frappe est la présence d'un long cordon de la grosseur d'une plume d'oie et intimement uni à la paroi dans la plus grande partie de la hauteur. Dissection de ce cordon qu'on reconnaît être l'appendice iléo-cœcal, libre seulement dans ses deux derniers centimètres. Il aboutit au cœcum qui rentre facilement, aussitôt l'appendice libéré.

Réssection de l'appendice par le procédé suivant : Incision en forme de coin au sommet supérieur, enfouissement dans les débris du méso et fixation extra péritonéale après réssection de la plus grande partie du sac et réduction du cœcum. Suture des

piliers. Double rangée de sutures au catgut pour les parties profondes, au crin de Florence pour les téguments.

Les suites sont des plus simples. Il n'y a pas la plus petite élévation de la température et le malade sort guéri le 23 décembre 1896.

OBSERVATION XXIV (Bouglé et Dartigues, Société anatomique. 19 janvier 1900).

Hernie crurale étranglée renfermant l'appendice. Kélotomie. Réduction de l'appendice sain. Trois jours après, étranglement d'une hernie inguinale droite renfermant l'appendice enflammé. Laparotomie. Réduction de la hernie. Résection de l'appendice.

Le 16 juillet 1899, V..., âgée de 63 ans, reposante de la Salpêtrière, se présente à la consultation du service de chirurgie. Elle se plaint de douleurs au niveau du pli inguinal droit se faisant sentir depuis plusieurs jours.

Elle signale en même temps la présence d'une tuméfaction de l'aîne dont elle s'est aperçue il y a un an environ et qui a été prise au début pour un ganglion. Cette petite tumeur est dure, mate à la percussion, irréductible et douloureuse. Constipation opiniâtre ; pas de vomissements. On pense à une épiplocèle inguinale droite adhérente et on conseille à la malade de se faire opérer.

Elle se présente à nouveau le 20 juillet ; les symptômes sont plus accentués. Les douleurs sont plus vives, la hernie plus tendue. Depuis deux jours, la constipation est absolue ; il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus. Pas de vomissements, A un exa-

men plus attentif, on porte le diagnostic de hernie crurale adhérente, bien que la tuméfaction remonte au niveau et même au dessus de l'arcade crurale. La malade se décide à entrer en chirurgie.

Le 21 juillet, l'état local est stationnaire. La malade paraît très fatiguée, la langue est sèche, le pouls faible et dépressible. Un peu de toux. L'opération est pratiquée sur le champ. Il s'agit bien d'une hernie crurale étranglée. Une anse d'intestin grêle est serrée au niveau du collet ; elle est suffisamment saine pour être réduite. En arrière d'elle, on trouve l'appendice ; celui-ci paraît sain, mais il est *très allongé* et fixé à la face interne du sac par une mince bride péritonéale ancienne. Section de la bride, réduction de l'appendice et cure radicale de la hernie.

Le lendemain matin, la malade se sent très soulagée. La température est de 37°2. Le pouls est plus fort mais présente de fréquentes intermittences. Il y a un certain degré de parésie intestinale ; la malade n'a rendu par l'anus ni matières ni gaz. Température 37°6, le soir.

Le 23. — Même état. La malade se sent assez bien. Pas de selles. Température 36°8, le matin ; 37°4, le soir.

Dans la nuit, la malade, est prise de douleurs abdominales, puis d'un vomissement fécaloïde abondant suivi de nausées continues.

Le 24 au matin, nous la trouvons très faible, le pouls petit, la voix cassée, les pommettes injectées, la langue sèche, le ventre un peu tendu, douloureux surtout à droite. La température est de 37°8. Pas de selles, pas de gaz par l'anus.

Admettant l'hypothèse d'une occlusion intestinale dont la cause nous échappe, nous pratiquons une laparotomie médiane sous-ombilicale. En explorant la fosse iliaque droite, on sent une corde tendue vers l'anneau inguinal profond. On constate alors

l'existence d'une hernie inguinale constituée par une anse d'intestin grêle injectée et un paquet épiploïque enflammé ; on y trouve en outre l'appendice cœcal épaissi, congestionné et rouge à son extrémité libre, étranglé au niveau de l'anneau inguinal profond. La réduction de la hernie est faite par l'abdomen et l'appendice est réséqué à la base. Suture de la paroi.

Le lendemain (25 juillet), la malade est soulagée par l'opération. Elle ne vomit plus, n'a plus de nausées. Les douleurs ont presque complètement disparu. Cependant elle ne va pas à la selle. Température, 38° le matin, 38°2, le soir.

Le 26. — Pour combattre la parésie intestinale, nous lui faisons donner un lavement électrique par M. Huet, chargé du service d'électricité de la Clinique des maladies nerveuses. Malgré la présence des deux plaies abdominale et inguino-crurale, l'opération est faite dans de bonnes conditions et avec des précautions aseptiques suffisantes pour éviter l'infection des sutures. La malade rend une grande quantité de gaz et de matières.

Le 29. — Les fils sont enlevés. Les deux incisions sont réunies par première intention. Le ventre est souple et indolent.

Néanmoins l'état général persiste assez mauvais. Bien que les fonctions intestinales soit redevenues normales, la malade mange peu, sa langue est sèche, elle tousse et crache. A l'auscultation, on trouve des râles de congestion pulmonaire aux deux bases.

Ventouses sèches sur la poitrine. Champagne. Régime lacté.

La malade s'éteint le 9 août, dans la nuit.

Autopsie, le 10 août. — L'état de l'intestin et du péritoine apparaît normal à l'ouverture du ventre, sauf quelques petites taches ecchymotiques au niveau des anneaux inguinal et crural droits. La suture du moignon de l'appendice est en bon état. Il n'y a pas tracé de péritonite.

Le foie est petit, rouge, congestionné, présentant à la coupe l'aspect du foie muscade.

Cœur droit dilaté et gros. Congestion pulmonaire aux deux bases. Reins scléreux.

L'appendice cœcal a été examiné par Claisse, chef du laboratoire du service de chirurgie qui nous a remis la note suivante.

Les coupes ont porté en deux points :

1° Au tiers moyen, de calibre à peu près normal.

2° Au tiers externe, où l'appendice est plus volumineux, sans que sa cavité soit agrandie.

1° Couches musculaires normales. Légère augmentation du nombre et du calibre des vaisseaux, surtout dans la couche sous péritonéale, follicules légèrement hypertrophiés. Couche glandulaire de la muqueuse très développée. Les culs-de-sac sont séparés par une abondante infiltration de cellules rondes. Epithélium glandulaire normal. L'épithélium qui tapisse la cavité de l'appendice est également normal.

2°. Les couches musculaires sont plus épaisses ; l'hypertrophie de la couche glandulaire est plus marquée. Epithélium normal.

En somme, il s'agit de lésions inflammatoires récentes prédominant au tiers externe de l'appendice.

Ainsi donc, dans la hernie crurale étranglée, à collet peu serré, il est vrai, l'appendice était sain tandis que venant, peut être sous l'influence d'un effort de toux, se loger dans la hernie inguinale que nous n'avions pas même soupçonnée mais qui sans doute préexistait,

il s'étrangle, s'enflamme et provoque de l'occlusion de l'intestin hernié avec vomissement fécaloïde. Chez cette femme cachectique les symptômes de parésie intestinale se sont mélangés à ceux d'étranglement, la preuve en est que, même l'obstacle levé, l'occlusion persiste jusqu'à l'administration du lavement électrique. A ce point de vue l'observation est banale ; il est fréquent de rencontrer ainsi, surtout chez des femmes âgées et usées, des accidents d'obstruction intestinale coïncidant avec la présence d'une petite hernie crurale ou inguinale ; la hernie réduite, la paralysie intestinale persiste et les malades meurent de cette coprostase et des intoxications qu'elle entraîne, auxquelles s'ajoutent les accidents septiques résultant de l'étranglement herniaire.

Dans notre observation, la migration bizarre de l'appendice et son inflammation dans le sac inguinal sont encore venues augmenter l'infection.

On pourrait peut-être nous reprocher de ne pas avoir enlevé l'appendice cœcal lorsque nous l'avons trouvé dans la hernie crurale. Nous ferons remarquer qu'il était notablement sain ; de plus son extirpation eut prolongé l'intervention qui devait être courte, étant donné l'état de la malade.

OBSERVATION XXV (Reynier in thèse Segelmann (n° 7).

Hernie inguinale appendiculaire étranglée Opération.

Résection de l'appendice. Guérison.

M. H..., âgé de 50 ans, brightique, entre dans le service du docteur Reynier, à l'hôpital Tênon, au mois de mars 1893, avec une hernie étranglée depuis 24 heures.

On constate, à son entrée, une hernie volumineuse siégant à droite et descendant dans les bourses. La tumeur est tendue, douloureuse. Il y a des vomissements alimentaires et arrêt des gaz et des matières.

Opération d'urgence, sans chloroforme, à la cocaïne. Après l'incision du sac, on tombe sur le cœcum contenu tout entier dans le sac. L'appendice remonte à la partie interne du cœcum et est adhérent au collet du sac. Il est double de son volume normal et entouré de membranes qui les rattachent au sac, qu'il est assez difficile de détacher et qui rendent assez longue la dissection de l'organe. Après l'avoir libéré complètement, on le sectionne à sa base et on le fixe à la paroi. Le cœcum est rentré dans l'abdomen, le sac est réséqué et on ferme la plaie.

Les suites sont bonnes sauf un peu d'hypothermie les deux jours qui suivent. Le malade sort guéri le 10 avril 1896.

OBSERVATION XXVI (n° 7 de la thèse de Rivet).

Hernie inguinale droite appendiculaire. Etranglement.

Laparotomie. Guérison.

Diagnostic laissé en suspens avant l'opération, peut être

hernie de l'ovaire ? Constipation, peu de flatus, vomissements, laparotomie. La tumeur montre un prolongement allant dans le canal inguinal : incision de la tumeur qui renferme un pus épais, verdâtre. Ablation de la tumeur ; le prolongement se retire dans le canal inguinal. Guérison. Histologiquement la paroi de la tumeur apparaît comme appartenant à l'intestin et étant donné le siège à l'appendice vermiforme.

OBSERVATION XXVII (n° 8 de la thèse de Rivet).

*Hernie inguinale étranglée dans le sac de l'appendice perforé.
Guérison.*

Constipation, flatus abondants, vomissements ; dans le sac herniaire, l'appendice nécrosé, perforé. Guérison avec fistule stercorale.

OBSERVATION XXVIII (n° 9 de la thèse de Rivet).

Hernie crurale appendiculaire étranglée Réduction. Guérison

Symptômes d'étranglement sans constipation ; dans le sac herniaire l'appendice non altéré, long de trois pouces, à la pointe un extravasat sous péritonéal. Réduction. Guérison.

OBSERVATION XXIX (n° 10 de la thèse de Rivet).

*Hernie inguinale droite étranglée. Appendice dans le sac.
Réduction. Guérison.*

Symptômes d'étranglement. Constipation, l'incision de la her-

nie découvrir un corps analogue à un ganglion, qui n'est autre chose que l'appendice vermiciforme adhérent à l'anneau herniaire. Il est libéré et réduit. Guérison.

OBSERVATION XXX (n° 11 de la thèse de Rivet).

Hernie crurale droite étranglée. Appendice dans le sac. Mort.

Symptômes d'étranglement sans constipation. Dans le sac herniaire, l'appendice replié et adhérent. Réduction. Mort dans le collapsus.

OBSERVATION XXXI (n° 12 de la thèse de Rivet.

Jackle, 1888).

Hernie crurale droite étranglée. Dans le sac, l'appendice étranglé et perforé. Résection de l'appendice. Guérison.

Symptômes d'étranglement, rougeur de la peau au niveau de la hernie. Dans le sac, on trouve une petite anse fournie aux dépens de l'appendice, étranglée, perforée en partie, adhérente, recouverte de fausses membranes. L'appendice, attiré de façon à dégager son extrémité est réséqué dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Guérison.

OBSERVATION XXXII (n° 15 de la thèse de Rivet

Lancel, sept. 1880).

Hernie inguinale droite étranglée. Réduction de l'appendice hernié. Guérison.

Symptômes d'étranglement. Dans le sac, l'appendice mortifié. Ligature au-dessus du point gangréné. Guérison.

OBSERVATION XXXIII (n° 17 de la thèse de Rivet).

Journal de médecine militaire allemande, 1886).

*Hernie inguinale droite étranglée. Appendice dans le sac
gangrené et perforé. Mort.*

Symptômes d'étranglement (constipation, pas de gaz, envies de vomir, symptômes de péritonite). Croyant ouvrir le sac, on incise un kyste contenant du pus ; après dissection de la paroi kystique et l'isolement du cordon spermatique, on trouve un cordon de l'épaisseur d'un tuyau de plume d'oie qui est également isolé du cordon spermatique lié et rentré dans le ventre.

Continuité des symptômes, laparotomie : à l'extrémité du cœcum il n'y a plus qu'un bout d'appendice. Tout l'intestin grêle est enflammé, presque gangrené, nulle part on ne découvre de torsion ou un obstacle quelconque.

Ponction de l'intestin. Collapsus. Mort 12 heures après l'opération.

L'autopsie donna : obstruction de l'intestin grêle par demi-torsion qui avait échappé au cours de l'opération.

OBSERVATION XXXIV (n° 18 de la thèse de Rivet.

Lubker. 1886).

*Hernie inguinale droite appendiculaire étranglée. Opération.
Guérison.*

Symptômes d'étranglement, appendice gangrené, fut suturé à l'angle inférieur de la plaie et s'élimina. Guérison.

OBSERVATION XXXV (n° 19 de la thèse de Rivet.
Bruner, 1889).

*Hernie crurale droite étranglée. Appendice dans le sac
Septicémie. Mort.*

Symptômes d'étranglement (collapsus, respiration féculente)
appendice adhérent, gros, comme annulaire, de couleur jaune
tacheté. Ligature. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XXXVI (n° 51 de la thèse de Rivet).

*Hernie crurale droite étranglée. Appendice mortifié dans le sac.
Résection. Guérison.*

Vieille femme, 50 ans, diagnostic, épiplocèle, appendice mor-
tifié. Ligature. Résection, guérison avec fistule stercorale.

OBSERVATION XXXVII (n° 22, thèse de Rivet).

*Hernie inguinale droite appendiculaire. Etranglement. Résection
de l'appendice.*

Homme, 59 ans. Appendice étranglé, adhérent par ses points
au sac. Ablation après ligature. Cautérisation du moignon au
fer rouge.

OBSERVATION XXXVIII (n° 23 de la thèse de Rivet).

*Hernie inguinale gauche? étranglée. Appendice dans le sac.
Résection.*

X..., 52 ans, Dans le sac herniaire on trouve un appendice épi-

ploïque dégénéré et l'appendice iléo-cœcal adhérent au cordon spermatique. Ligature, ablation et cautérisation comme dans le cas précédent.

OBSERVATION XXXIX. (n° 24 de la thèse de Rivet.

Tirée de la *Clinique chirurgicale de Breslau*).

Hernie inguinale droite étranglée. Appendice gangrené.

Réséction. Guérison.

45 ans, homme. L'appendice gangrené tout à fait à son extrémité est réséqué jusqu'à 1 centimètre $1/2$ de son abouchement. Double suture. Guérison.

Voici l'histoire détaillée de ce malade :

21 octobre 1891. — Ferdinand E..., 45 ans. Il y a 12 ans, a remarqué dans le pli de l'aîne droit une petite grosseur non douloureuse qui se laissait facilement réduire.

Augmentation graduelle de la tumeur qui descend dans la bourse correspondante.

Au moyen d'un bandage, la réduction est maintenue. Selles toujours régulières.

Le 20 novembre. — Le patient ayant enlevé son bandage la hernie se produisit et ne put être réduite ; peu à peu elle devint douloureuse et les douleurs s'irradièrent vers le côté droit du ventre. Une dernière selle eut lieu peu après la sortie de la hernie. Le malade rendit encore des gaz jusqu'au soir du 20 novembre, depuis plus rien. Pas de vomissements, seulement un sentiment très marqué de malaise.

21 novembre. — *Examen.* — Homme vigoureux, pas de signes de collapsus, la moitié supérieure de la bourse droite est distendue par une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie environ.

Cette tumeur se continue en haut dans le canal inguinal, elle est plus étroite à sa partie supérieure qu'en bas, longue de 10 centimètres, large de 4 à 5, sensible à la pression, de consistance rénitente, non fluctuante.

Par une palpation plus profonde, on sent à l'intérieur une nodosité dure, à l'extrémité inférieure de la tumeur, on peut percevoir le testicule normal.

Dans la fosse iliaque droite, légère sensibilité à la pression, aucune matité, aucun empatement. Au niveau de la tumeur même, la percussion donne de la sonorité.

Diagnostic. — Hernie inguinale droite étranglée probablement épiplique.

21 novembre, soir. — Tentatives de réduction : On réussit à repousser la nodosité dans la hernie, mais une partie de la hernie ne cède pas.

22 novembre. — Pas de selles, pas de vomissements. Aucune amélioration dans l'état du patient.

Hérniotomie. — Le sac se montre constitué par un tissu fibreux très épais, calleux ; à l'exception d'un peu de sérosité, il est vide. Par contre le doigt introduit dans le canal inguinal sent à l'extrémité de celui-ci une nodosité dure, grosse comme un œuf de pigeon. Pour la mettre à nu le canal inguinal est fendu, la nodosité attirée au dehors et reconnue comme l'extrémité inférieure de l'appendice.

Sa coloration est gris-bleuâtre, d'apparence gangréneuse. Résection à 1 centimètre $1/2$ du cœcum. Suture double, suivant le procédé décrit ci-dessus. Désinfection du moignon qui est réintégré dans le ventre. Une portion particulièrement calleuse du sac est réséquée, le reste libéré, plissé et suturé à l'anneau herniaire (Mac Ewen). Un morceau du sac très adhérent aux

vaisseaux du cordon et du canal défèrent est laissé en place. La partie la plus élevée de l'anneau est fermée par des sutures à la soie.

Drainage avec mèche iodoformée au milieu de la plaie, laquelle est réunie en haut et en bas. Opium.

10 décembre 1891. — Le malade part avec encore un petit point non cicatrisé, granuleux. Au niveau du canal inguinal, résistance solide, pas de sensibilité.

13 janvier 1892. — Cicatrice solide ; dans les efforts de toux on sent une légère impulsion de l'intestin contre la cicatrice. Port d'un bandage à partir d'aujourd'hui. Depuis, il ne s'est plus représenté.

OBSERVATION XL (n° 25 de la thèse de Rivet).

Hernie inguinale droite appendiculaire. Etranglement. Mort.

Symptômes d'étranglement (constipation, plus d'émission de gaz) ; épiploon adhérent, derrière l'appendice rouge, jaunâtre, replié et adhérent. Ablation des deux. Mort. !

OBSERVATION XLI (n° 26 de la thèse de Rivet).

Tirée de la Clinique chirurgicale de Breslau.

Hernie inguinale droite. Etranglement. Sac contenant un appendice assez long avec de l'épiploon. Résection. Guérison.

Dans le sac de grandes quantités d'épiploon qui sont réséquées et liées, en outre, au niveau de l'anneau, l'appendice épaissi à son extrémité. Résection, double suture. Guérison.

Voici l'histoire détaillée de ce malade :

Homme, 29 ans. En 1884, il remarque au dessus du pli inguinal droit une petite grosseur ovale qu'un médecin diagnostique hernie. Un bandage maintint la réduction et à la suite, aucun trouble ne fut remarqué jusqu'il y a 3-4 mois. A ce moment sortie brusque de la hernie, douleurs violentes, vomissements. Le taxis réussit avec un peu de peine toutefois le 13-1-92. Sortie nouvelle de la hernie, violentes douleurs mais aucun vomissement. La réduction réussit sous le chloroforme; un bandage fut appliqué mais douloureux, fonctionnant mal, dut être remplacé par un autre deux jours plus tard. Cependant la hernie s'était reproduite; les tentatives de réduction, la pression du bandage échouèrent. Pas de vomissement, mais malaises fréquents, abondante émission de gaz. Pas de selles du 12 au 23 janvier. Une selle le 24 après huile de ricin. En urinant tranchées fréquentes.

Examen du 25 janvier 1892.

Tumeur du volume d'un œuf d'oie, étendue de l'anneau inguinal jusqu'au fond du scrotum. On sent le testicule au dessous masqué par un tégument œdémateux. La tumeur du testicule qui se limite mal présente une masse, de forme cylindrique, qui pénètre dans l'anneau inguinal. On sent une légère fluctuation.

Traitement. — Bains, huile de ricin, une selle en est la conséquence.

Opération le 25 janvier. — Le sac ouvert pas de liquide, par contre un amas graisseux, inextricable, bleuâtre. La masse, du volume du poing environ, est liée, il existe de fortes adhérences de l'épiploon avec le sac.

En attirant au dehors la paroi postérieure de celui-ci on découvre l'appendice épaissi et infiltré à son extrémité, intimement adhérent et au sac et à l'épiploon.

Résection de l'appendice (procédé à manchette), etc., etc.

8 février. — Guérison par première intention, port d'un sus-pensoir.

20 mars. — Très bonne santé, cicatrice solide, insensible.

Port d'un bandage dans 5-8 semaines.

OBSERVATION XLII (n° 38 de la thèse de Rivet.

The Dublin medical Journal. Juillet 1841).

Hernie inguinale congénitale contenant l'appendice iléo-cæcal.

Etrangement. Ulcération de l'appendice vermiforme Mort.

Enfant de deux ans, hernie congénitale droite avec épanchement dans la vaginale.

Etrangement à marche rapide. Mort par péritonite.

Autopsie. — Péritonite généralisée avec issues des matières intestinales dans le ventre. La hernie contenant l'appendice iléo-cæcal présentant une ulcération qui paraissait causée par un noyau de cerise.

OBSERVATION XLIII Puchets (citée par Merling).

Hernie crurale contenant l'appendice iléo-cæcal. Etrangement.

Kélotomie. Guérison.

Une femme de 30 ans, avait une hernie crurale droite depuis quelques temps. Tout à coup, sans cause extérieure, cette hernie s'étrangla. Cependant on note l'indolence presque complète de la tumeur, la suppression incomplète des selles et la rareté des vomissements. On fit la kélotomie sans avoir besoin d'ouvrir le sac, car l'appendice vermiforme qu'on sentit à travers la séreuse rentra très facilement par la pression. La malade guérit.

OBSERVATION XLIV. Morse (*Wiener med. Wochenschrift* n° 15. 1802.

*Hernie crurale droite colenant l'appendice cœcal. Etranglement.
Kélotomie. Sphacèle de l'appendice. Guérison.*

Une femme, âgée de 42 ans, entre à la clinique de Czerny pour une hernie crurale. Elle raconte que trois jours avant, cause appréciable, elle avait ressenti des douleurs dans l'aîne et dans la hanche et avait constaté une tuméfaction dans cette région, mais elle continua à travailler.

Le lendemain un médecin constata l'existence d'une hernie crurale droite et chercha en vain à la réduire sous le chloroforme. Le troisième jour la malade entre à l'hôpital, la hernie a le volume d'une petite noix, elle est molle, mobile, mais extrêmement sensible. Le ventre n'était ni ballonné ni douloureux ; la température dépassait un peu la normale.

Opération immédiate. Une incision de 8 centimètres met d'abord à nu un amas de ganglions au dessous desquels on voit le sac herniaire qui s'isole facilement, son pédicule s'enfonce vers l'anneau crural.

L'ouverture du sac laisse apparaître une portion d'intestin qu'on reconnaît être l'appendice cœcal, il présente des points sphacelés et l'on trouve du pus dans le sac, aussi on ne fait pas de réduction. Drainage. Pansements antiseptiques.

La malade conserve quelques jours du météorisme et des douleurs à l'hypogastre ; elle eut de plus de fortes métrorrhagies, mais son état s'améliora bientôt et un mois et demi après l'opération elle quitte l'hôpital complètement rétablie.

OBSERVATION XLV Bayer (*Prager med. Zeitschrift.*
1886).

*Hernie crurale appendiculaire. Etranglement. Réduction
de l'appendice. Guérison.*

Douleurs irradiées avant l'opération; appendice dans le sac sur une longueur de 2 centimètres, un sillon d'étranglement très net. Après débridement, l'appendice, auparavant un peu épaissi, reprend un aspect normal. Réduction. Guérison.

OBSERVATION XLVI. Merling (Thèse d'Heidelberg.
1826).

*Hernie inguinale droite contenant l'appendice iléo-cæcal
Mort. Autopsie.*

Un carrier, qui n'avait jamais eu de hernie fut pris d'accidents indiquant une occlusion intestinale. Le siège paraissait être la région de l'aîne droite, mais l'examen le plus attentif ne révèle ni hernie, ni tumeur. Le traitement médical échoua et le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie on trouva l'appendice étranglé dans une hernie inguinale : il était sphacélé.

OBSERVATION XLVII citée par Malgaigne, sans nom
d'auteur.

*Hernie de l'appendice iléo-cæcal. Etranglement. Opération.
Guérison.*

Jeune homme de 19 ans, porteur d'une *hernie inguinale*. Phé-

nomène d'étranglement incomplets, sans arrêt des matières.
Taxis répété 6 fois en 36 heures sans résultat.

Opération. — La hernie était constitué par une masse épiploïque, en partie gangrenée et par l'appendice du cœcum que l'épiploon avait protégé.

OBSERVATION XLVIII. Taramelli *in* thèse de Sauvage
p. 75.

Hernie inguinale droite appendiculaire. Etranglement.

T. Taramelli, rapporte l'observation d'une opération de hernie inguinale droite étranglée, pratiquée avec succès à l'hôpital de Milan, sur une servante âgée de 78 ans, et qui était formée exclusivement par l'appendice.

OBSERVATION XLVIX. Charyan (*Journal de la Société de médecine de Nantes*. Mars 1837).

Hernie inguinale droite étranglée. Opération. Guérison.

Enfant de 3 mois, atteint d'une hernie inguinale gauche. Etranglement. Dans le sac on trouve l'appendice. Réduction. Guérison.

OBSERVATION L inédite, due à l'obligeance de M. X.
Bender, interne des hôpitaux.

Hernie crurale appendiculaire. Etranglement. Résection de l'appendice. Guérison

J. A. blanchisseuse, 29 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur
N. 7

peu volumineuse, très douloureuse, siégeant du côté droit au niveau de la racine de la cuisse.

La malade raconte qu'elle avait constaté depuis de longues années l'existence de cette tumeur, mais, n'en souffrant aucunement elle n'y avait pas accordé d'attention. Le samedi soir, en rentrant de son travail elle a été prise de colliques très violentes suivies bientôt de vomissements alimentaires puis bilieux. La tumeur avait augmenté légèrement de volume et était extrêmement douloureuse à la palpation.

La malade rentre à l'hôpital le lendemain matin. La constipation est absolue, mais les gaz continuent à passer. Le pouls est petit et accéléré, le ventre ballonné, le faciès grippé. En présence de ces symptômes, M. Bender conclut à une épiplocèle étranglée et pratique d'urgence la kélotomie. A l'ouverture du sac on tombe sur un appendice très long étranglé au niveau du bord libre du ligament de Gimbernat. Il y avait un sillon d'étranglement entièrement net. M. Bender posa une ligature à la base de l'appendice et le sectionna au thermocautère. Le moignon fut encapuchonné suivant le procédé de Mikulicz.

Les suites furent excellentes, la malade sortit de l'hôpital le 15^e jour.

L'appendice examiné mesurait une longueur de 16 centimètres.

La cavité était dilatée mais ne renfermait aucun corps étranger.

Il n'y avait pas de menace de perforation, mais la stricture était très étroite et la malade a certainement retiré un très grand bénéfice de la rapidité de l'intervention.

III

Complications inflammatoires des hernies de l'appendice. Péritonite herniaire. Appendicite herniaire.

OBSERVATION I (Amyaud).

Rencontré dans un sac herniaire de l'appendice cœcal rempli de matières fécales, enflammé et contenant une aiguille qui avait déterminé une perforation.

OBSERVATION II. Schmid (*Bulletin médical*. Juin 1892.
Münchner med. Wochenschrift. 1892, n° 17).

Hernie de l'appendice vermiciforme. Périlonite herniaire.
Opération. Guérison.

Une femme de 53 ans présentait, depuis 2 ans environ, une hernie modérément gênante à la région inguinale droite. Cette hernie ne tarda pas à s'enflammer : elle s'ouvrit ; il en sortit du sang, du pus et un peu de matières fécales. Quand la malade entra à l'hôpital, on constata à l'aîne droite l'existence d'une tumeur très petite, adhérente aux parties profondes et à la peau ; à son centre, une ouverture fistuleuse donnait un peu de pus. Comme on croyait avoir affaire à un ancien ganglion suppuré, on voulut extirper la fistule. Au cours de l'opération, on arriva dans un sac herniaire oblitéré sur presque toute son étendue. On reconnut que le contenu de ce sac n'était autre que l'appen-

dice vermiforme que l'on extirpa après suture. La malade guérit après avoir présenté pendant quelques jours une fistule stercorale.

En disséquant la pièce anatomique on vit qu'elle était uniquement constituée par l'appendice vermiforme épaissi, long de 6 centimètres, muni de franges épiploïques.

En son milieu, il présentait un petit orifice par lequel sortait, sur une longueur de 2 centimètres, une épingle longue de cinq centimètres dont la tête assez grosse était tournée vers le cul de sac de l'appendice.

Il est intéressant de constater que cette épingle n'a causé de perforation qu'après avoir lutté dans le fond de l'appendice.

La malade n'a pu se souvenir de la façon dont cette épingle avait pénétré dans le tube digestif.

OBSERVATION III (n° 1 de la thèse de Rivet).

Hernie inguinale droite. Appendicite herniaire. Perforation et péritonite herniaire. Guérison.

La nommée M..., âgée de 60 ans, porte depuis 7 ans à la partie interne du pli de l'aîne droit une petite grosseur qui jusqu'à ces derniers temps n'avait donné lieu à aucun symptôme inquiétant ; sauf un peu de gêne de temps à autre, jamais M^{me} M... n'avait éprouvé ni douleurs, ni troubles digestifs qu'elle put rapporter à sa tumeur. Tout au plus avait-elle remarqué qu'elle augmentait quelque fois de volume, variant de la grosseur du petit doigt à celle du pouce.

Le lundi soir, 11 septembre 1893, tout à coup, sans cause appréciable, la tumeur devient plus volumineuse, plus tendue,

elle est le siège d'une sensibilité très vive et le point de départ de coliques violentes. Il n'y eut de vomissements que le lendemain mardi et encore la malade ne vomit-elle que deux fois des aliments et un peu de bile. Ces vomissements ne se produisirent pas le mercredi et le jeudi ; le matin du vendredi, jour de son entrée à l'hôpital, il y eut encore un vomissement bilieux. Pendant les 4 jours, la malade continua à aller à la selle comme d'habitude, prétend-elle. Il y eut une selle le vendredi matin. Malgré le peu d'intensité de ces troubles digestifs, la tumeur du pli de l'aîne augmentait de volume, devenait de plus en plus douloureuse. Un médecin appelé diagnostiqua une hernie et essaya de la réduire. Il y eut même quelques tentatives de réduction le jeudi, mais les moindres pressions sur la tumeur étaient tellement douloureuses que la malade se refusa à les supporter et le lendemain vendredi elle entra à l'hôpital (Salle 21).

Voici ce qu'il nous est permis de constater : à la partie interne du pli de l'aîne droit existe une tumeur du volume d'une mandarine ; débordant en dedans le pli de l'aîne, elle occupe une partie de la grande lèvre droite et du Mont de Vénus en un mot, elle présente le siège de la hernie inguinale chez la femme. A sa surface la peau est tendue, lisse, chaude, d'un rouge violacé. Dure, oedémateuse au pourtour, la consistance est nettement fluctuante au centre ; en ce point la percussion dénote une sonorité très superficielle. Rappelons que la tumeur est extrêmement sensible et que l'exploration en est très pénible pour la malade. Il n'existe pas de météorisme, le ventre n'est pas douloureux sauf au voisinage de la tumeur. La faiblesse de la malade est grande ; elle paraît très abattue, la voix est cassée. Le facies est grippé, les yeux excavés. Le pouls est petit, rapide, mais il ne semble pas y avoir d'hypothermie.

Le diagnostic n'était pas sans quelques difficultés à cause du peu d'intensité des troubles digestifs, surtout de la persistance des selles nettement affirmées par la malade. Cependant, l'existence intérieure d'une petite tumeur à la partie interne du pli de l'aîne, le début brusque par des coliques, l'altération rapide de l'état général et de plus, les caractères de la tumeur actuelle ne nous permettent pas une hésitation bien prolongée.

Il s'agit d'un abcès stercoral consécutif à une hernie inguinale étranglée. Le pourquoi de l'absence de constipation, nous le verrons au cours de l'intervention.

La malade est immédiatement portée à la salle d'opération et chloroformée.

Opération. — Nous incisons la tumeur suivant son grand axe oblique en bas et en dedans : après la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, nous sectionnons une membrane aponévrotique : aussitôt un flot de liquide noirâtre, d'odeur fécaloïde, mélangé d'un peu de pus s'échappe par l'incision.

Après lavage au sublimé, nous isolons une enveloppe verdâtre, perforée, d'aspect gangreneux, que nous prenons un instant pour un intestin sphacélé ; mais l'erreur est vite reconnue ; c'est un sac herniaire, car en l'explorant et en le disséquant nous le voyons continuer en haut avec le péritoine.

Tout d'abord il nous avait paru vide, mais en introduisant le doigt profondément jusqu'au collet nous sentons là une petite masse grosse comme l'extrémité du petit doigt. Il nous est facile d'attirer au dehors sans débridement du collet du sac (l'anneau inguinal seul a été incisé).

Aucune adhérence ne le retient au niveau du collet.

A notre grande surprise, nous constatons qu'il s'agit de l'appendice iléo-cœcal noir, gangrené et perforé dans sa moitié

libre. Simplement tuméfié dans sa moitié *inférieure* pourvue de meso, *la limite des deux* est nette et marquée par une dépression circulaire large d'un demi-centimètre; *trace* de l'étranglement au niveau du collet du sac. Dans la cavité de l'appendice gangrené existe encore un peu de liquide noirâtre fétide.

Le méso accompagne l'appendice, il est fortement grasseux, un peu œdémateux mais en somme peu altéré.

Je résèque la portion gangrénée, puis suture la muqueuse de l'appendice par trois catguts et la séreuse par trois autres catguts. Des derniers fils je ramène le méso en capuchon sur le moignon qui est réintégré dans le péritoine. Ce mode de fermeture me paraît plus sûr que la ligature de l'appendice. Cure radicale. Ablation aussi complète que possible des tissus mortifiés verdâtres, périssacculaires, suture seulement du haut de la plaie, suites opératoires.

Diète, 4 centigr. d'extrait d'opium et 2 centig. de morphine les deux premiers jours.

On commence à l'alimenter le troisième, mais très légèrement.

Pansement, lundi matin 18. Un peu de pus s'est accumulé dans la partie décollée de la grande lèvre; désinfection au sublimé, pansement humide qu'on répétera le soir.

Les jours qui suivirent on continua les pansements humides pour assurer la désinfection de la plaie.

La cicatrisation se fit lentement, et l'état général ne s'améliora que graduellement. Il fallut 1 mois 1/2 pour obtenir une guérison complète. Cette lenteur de la convalescence s'explique par le commencement d'infection dont la malade était atteinte au moment de l'opération, infection déterminée par l'abcès gangréneux.

Néanmoins elle sortit vers le commencement de novembre,

dans un état très satisfaisant, complètement cicatrisée et n'éprouvant aucuns troubles digestifs.

OBSERVATION IV (n° 33 de la thèse de Rivet). (Service de M. le docteur De Larabrie, salle 7, n° 28.)

Observation recueillie par M. Mouillé, interne de service.

Hernie inguinale droite Appendicite herniaire et formation d'un abcès pyo-slercoral. Ouverture. Guérison.

X..., cultivateur, 72 ans.

Ce malade avait depuis de longues années une hernie inguinale droite peu volumineuse, réductible, ayant peu de tendance à progresser et dont il s'inquiétait fort peu. Un jour, sa hernie parut prendre un développement anormal et lui causa de la souffrance. Était ce, comme on pouvait le croire, un accident de cette ancienne hernie ? C'était le développement en haut et en dehors, à côté du pédicule de l'ancienne hernie, d'une tumeur douloureuse, rouge, d'une température plus élevée que les parties voisines, cette tumeur siégeait à la place même du paquet ganglionnaire, la hernie n'avait pas cessé d'être réductible et ne s'était pas enflammée.

Comment avaient débuté les accidents ? Le malade, vieux célibataire, travaillant aux travaux pénibles des champs, ne nous donne que des renseignements vagues et sans valeur. Nous sommes réduits aux hypothèses.

C'est trois ou quatre jours après le début des accidents que nous le voyons pour la première fois. Il a une forte fièvre, une diarrhée abondante, les selles sont fréquentes et liquides, le

toucher de sa tumeur est la cause d'une très vive douleur. La hernie inguinale est facile à constater et à réduire.

La tumeur a le volume d'un demi-œuf, elle est rouge, tendue, chaude, douloureuse : le premier diagnostic qui se présente à l'esprit est : abcès tubéreux des ganglions de l'aîne, mais pas de fluctuation.

Peut-être aurait-on pu ouvrir immédiatement la tumeur ; tous les symptômes d'abcès étaient nets, cependant on se contenta de prescrire un bain de sublimé au malade, puis bismuth et quinine.

Le lendemain, tumeur peut-être encore plus volumineuse, fluctuation manifeste, fièvre moindre, douleurs moins vives.

Le troisième jour, la peau est violacée, tend à s'ulcérer, la fièvre a disparu, la fluctuation est toujours aussi évidente, mais un nouveau symptôme apparaît, la tumeur est sonore à la percussion. Cependant l'état général est très satisfaisant, la diarrhée a complètement disparue, la douleur est très supportable, le malade se trouve lui-même beaucoup mieux. On n'intervient pas encore.

Le quatrième jour une petite escharre tend à se former, avec la pointe d'un bistouri et par un simple gattage, on ouvre la poche qui s'est formée puis on agrandit l'ouverture sur la sonde cannelée ; d'abord des gaz se dégagent d'une odeur stercorale infecte, puis un liquide brunâtre où flottent des débris analogues à des matières fécales diluées, pas de pus, pas d'hémorrhagie. La cavité lavée au sublimé, reçoit un drain, on place un pansement humide au sublimé.

L'écoulement stercoral persiste deux jours à peine, les lavages antiseptiques répétés chaque jour donnent le meilleur résultat ; la cavité bourgeonne absolument comme celle d'un abcès simple. En une vingtaine de jours, la plaie guérit par réunion secondaire.

L'état général n'a pas cessé d'être excellent depuis l'ouverture de l'abcès.

La hernie n'a pas été influencée par cette lésion dans son voisinage.

De quelle nature était cette lésion, c'est évidemment un abcès stercoral ?

Quelle portion de l'intestin a été herniée puis sphacélée ? Par quel orifice s'est faite la hernie ?... Il nous paraît probable que l'orifice d'étranglement a été le canal crural ou le fascia cribri formés. Pour la portion de l'intestin, on peut supposer l'appendice ; peut être le cœcum. Nous ne résoudrons pas cette difficile question.

OBSERVATION V Hevin (citée par Cabaret).

Hernie crurale de l'appendice. Adhérence. Perforation de l'intestin. Fistule stercorale, Mort. Autopsie.

En ouvrant un abcès de l'aîne pris pour un abcès par congestion, on constate l'issue d'un liquide stercoral ; il s'établit là une fistule malgré que les matières passassent en plus grande partie par l'anus. Le malade mourut.

A l'autopsie. — L'appendice vermiforme avait glissé sous le ligament de Fallope auquel il était adhérent ; il s'y était percé et avait permis l'issue des sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux pendant que les matières solides avaient continué de passer par l'anus.

OBSERVATION VI (Th. de Sauvage n° 13). Citée par
Thurman, 1848.

Hernie inguinale appendiculaire. Péritonite herniaire. Mort.
Autopsie.

En juillet 1845, un homme âgé de 60 ans, fut admis par les soins de M. Schaw, à l'hôpital Middlesex; on diagnostiqua une affection du testicule droit sans pouvoir préciser, et voici pourquoi : le scrotum était notablement augmenté de volume et il était impossible de trouver le testicule à la palpation, tellement la tumeur était douloureuse. Impossible d'obtenir du malade le plus petit renseignement qui pût mettre sur la voie du diagnostic. En très peu de temps, deux ou trois jours au plus, une inflammation phlegmoneuse apparaît sur divers points du scrotum; des abcès se forment surtout à la partie inférieure, laissant s'écouler tout d'abord un *pussain*, mais qui ne tarde pas à devenir de mauvaise couleur et d'une odeur insupportable. Bien que la quantité de pus variât beaucoup, certains jours, le volume de la tumeur restait sensiblement le même.

On supposa un moment que l'on pouvait avoir affaire à une hydrocèle dont les parois denses et cartilagineuses s'étaient déplacées, comme on en avait constaté un cas chez un malade de M. Schaw, récemment sorti de l'hôpital.

On émit un moment l'hypothèse qu'une communication s'était établie entre les abcès et l'intestin; l'odeur fétide de l'écoulement et la quantité variable de cet écoulement favorisaient cette opinion, mais il était facile de constater que le malade allait facilement à la garde-robe. D'ailleurs cet écoulement ne ressemblait en rien à des matières fécales.

Cet état se prolongea jusqu'en décembre, époque à laquelle le malade mourut épuisé.

A l'autopsie, on vit que l'on avait affaire à une hernie qui était la suivante: L'épiploon se trouvait dans le sac, attaché aux parois. L'appendice vermiforme était entouré par l'épiploon et on ne constatait d'ulcération qu'à son extrémité. C'est par là que s'était établie une communication entre l'intestin et le scrotum. Le cœcum était situé un peu plus bas que normalement dans la fosse iliaque, mais sain dans toutes ses parties.

Aucun doute n'était plus permis sur la marche de l'affection. Hernie de l'appendice et de l'épiploon, ulcération de l'appendice, échappement des matières dans le sac herniaire et après dans le tissu cellulaire du scrotum.

OBSERVATION VII (n° 13 de la thèse de Sauvage).
(Thurnam).

Hernie inguinale appendiculaire. Inflammation. Péritonite herniaire. Mort par congestion pulmonaire.

Un pasteur protestant, âgé de 56 ans, convalescent d'une attaque de manie, avait porté un bandage depuis plusieurs années pour une tumeur que l'on supposait être une hernie inguinale droite.

La tumeur augmentait de volume depuis quelque temps et le malade se plaignait de douleurs violentes du côté droit. Cette tumeur avait atteint la grosseur du poing et était située immédiatement à la partie supérieure droite du scrotum. Tout d'abord, un médecin appelé avait conseillé des sangsucs et des cataplasmes. Au bout de trois semaines de ce traitement, on constata

nettement de la fluctuation. On appliqua un séton, et le lendemain, on commença à voir sortir par l'ouverture du séton une matière purulente de couleur olive laissant s'échapper quelques bulles de gaz. Bien que plusieurs jours de suite, la matière continuât à s'écouler dans une certaine proportion, la tumeur ne diminuait que très peu.

Deux ou trois jours après, on vit se former une seconde tumeur à la partie supérieure de la première et on jugea à propos d'appliquer un second séton qui produisit les effets précédents.

Au bout de deux mois, on vit sortir par l'ouverture de la seconde tumeur une petite parcelle d'os dur, de forme triangulaire, aux angles tranchants. La plaie se cicatrisa alors immédiatement et la tumeur disparut assez rapidement. Le malade se rétablit complètement, mais, quelques mois après il fut emporté par une congestion pulmonaire.

L'autopsie fut faite et l'on constata des rougeurs diffuses un peu partout sur le cœcum de même qu'à la partie supérieure de l'appendice. La dimension de ce dernier était trois fois plus grande qu'à l'état normal. Sa couleur était gris foncé et ses parois très épaissies. Cet organe constituait, pour ses $\frac{3}{4}$ inférieurs, une hernie dans le canal inguinal et adhérait fortement aux parties voisines; aucune partie de l'intestin ne l'accompagnait, il était parfaitement isolé de ce dernier. C'était bien une hernie appendiculaire isolée.

OBSERVATION VIII. Mérand *in* thèse Briançon, n° 30
(résumée).

Hernie inguinale droite. Appendicite herniaire.

X..., 51 ans, charbonnier, possède depuis 15 ans une hernie inguinale droite pour laquelle il porte un bandage. Il y a 2 jours

il ressent une vive douleur, en même temps que la hernie devient plus volumineuse. Le soir, vomissements, fièvre. Un médecin appelé, tente infructueusement la réduction, et le malade entre à l'hôpital 48 heures après le début des accidents. On constate une tumeur inguino-scrotale du côté gauche, fluctuante, rouge et douloureuse. Une large incision donne issue à un pus abondant, épais et verdâtre. Dans la cavité, on reconnaît l'appendice dont la base est intacte mais l'extrémité libre perforée. Le cœcum et l'intestin grêle sont également lésés. On fait un anus artificiel et le malade quitte l'hôpital 25 jours après.

OBSERVATION IX. Dr Veslin (d'Evreux), rapport de
M. Michaux *Société de chirurgie*, 23 décembre 1896.

*Un cas de hernie inguino-scrotale double avec fistule cutanée
appendiculaire droite chez un enfant de 28 mois*

Cet enfant est porteur d'une double hernie inguino-scrotale. On remarque à la partie supérieure de la bourse droite un orifice rougeâtre, induré, d'où s'échappe un liquide sanieux. On sent nettement au niveau du point induré un cordon du calibre d'une plume d'oie, se continuant dans le trajet herniaire. L'opération est pratiquée, on trouve un appendice fistuleux qui est réséqué. Guérison complète.

OBSERVATION X. Le Bail (du Mans). *Archives médicales
d'Angers*, 1898 (Résumée).

*Hernie inguinale droite. Appendicite herniaire. Opération.
Guérison.*

G..., 50 ans, cultivateur, portait depuis cinq ans une hernie

inguinale droite, très douloureuse. Depuis quelque temps il a des crises fréquentes de coliques. A l'examen de la région, on trouve une tumeur irréductible, mobile, de la grosseur d'une noix, se continuant en haut par un cordon résistant. On pensa à une épiplocèle, continuée en haut par une corde épiploïque. A l'opération, on trouva dans le sac herniaire un appendice malade, enflammé, hypertrophié, contenant dans sa cavité un liquide muco-purulent. L'appendice fut réséqué au dessous d'une ligature. Le malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION XI Rom. *Semaine Médicale*, 1896,
p. 24.

*Hernie crurale gauche appendiculaire. Appendicite herniaire
Résection de l'appendice. Guérison.*

Un homme de 48 ans, porteur depuis un an d'une tumeur située à *gauche*, au dessous de l'arcade crurale, entre à l'hôpital de Petrosawodsk (Russie). Depuis quatre jours, cette tumeur est devenue irréductible, rouge et douloureuse. Le ventre est ballonné; il n'y a ni vomissements, ni constipation.

L'opération est faite le lendemain. L'incision donne issue à une certaine quantité de pus et dans le sac herniaire, on trouve l'appendice gangrené qui est réséqué. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XII (H. Gross. *Semaine Médicale*, 1898).

*Hernie inguinale droite. Appendicite herniaire. Opération.
Résection de l'appendice. Guérison.*

Homme de 41 ans, porteur d'une hernie inguinale depuis 26

ans. Ce malade entre dans le service de M. Krause, à Altona, pour une épididymite blennorrhagique. On constata à ce moment une forte tuméfaction du cordon spermatique, jusqu'au niveau du canal inguinal. Le malade sortit mais rentra à l'hôpital au bout de peu de temps, avec une tuméfaction large de deux doigts, allant de l'anneau inguinal externe au testicule.

On pensa à une lésion de nature tuberculeuse, mais au cours de l'opération, on tomba sur un sac herniaire renfermant l'appendice porteur de deux perforations, au niveau de l'anneau inguinal externe. L'appendice fut réséqué et l'on dut enlever le testicule à cause de l'adhérence interne existant entre le sac et le cordon.
Guérison.

OBSERVATION XIII. Taillefer. *Indépendance Médicale*,
1897, p. 361.

Hernie inguino-scrotale droite. Appendicite herniaire.

Opération. Guérison.

Malade de 60 ans, ayant depuis de longues années une hernie inguinale droite. Sans cause appréciable, une douleur apparaît à son niveau, accompagnée de coliques. L'évacuation intestinale continue à se faire normalement.

On trouve une tumeur douloureuse, mate, ayant les dimensions d'un œuf de poule. Pas de température. Etant général satisfaisant.

On pensa à une épiplocèle étranglée. Au cours de l'intervention on tomba sur une masse arrondie qui creva, laissant s'écouler un peu de pus. Cette masse se continuait en tout avec un cordon qui la rattachait au cœcum. C'était l'appendice qui fut réséqué. Le malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION XIV. X. Bender. *Bulletin de la Soc.*

Anatomique. Juillet-août, 1900.

*Hernie crurale appendiculaire. Appendicite herniaire. Résection
de l'appendice. Guérison.*

La nommée X... entre dans le service de M. Micheaux à l'hôpital Broussais, pour une tumeur du volume d'une noix, occupant la partie tout à fait interne du pli de l'aîne, du côté droit.

Cette tumeur était lisse et de consistance assez dure, absolument indolente à la palpation. Je pensai tout d'abord à une hernie crurale mais l'absence complète d'impulsion quand je faisais tousser la malade et l'irréductibilité de la tumeur firent hésiter mon diagnostic et je me demandai s'il ne s'agissait pas tout simplement d'une adénite inguinale.

Je mis donc la malade en observation pendant quelques jours, mais subitement apparurent des symptômes qui me conduisirent à une intervention immédiate. En effet, la malade fut prise brusquement de douleurs très violentes, ayant pour siège la petite tumeur crurale. Le ventre était ballonné, la constipation absolue, des vomissements ne tardèrent pas à apparaître.

Je pensai qu'il s'agissait d'une hernie crurale étranglée et j'opérai la malade d'urgence ; je tombai, en effet, sur un sac crural très tendu ; je l'ouvris et il s'en écoula une certaine quantité de liquide citrin. Je constatai alors que le sac était occupé par l'appendice cœcal dont la partie terminale était augmentée de volume et fortement vascularisée. J'attirai l'appendice au dehors, je le sectionnai au niveau de sa base et après encapuchonnement du moignon, je rentrai le tout dans l'abdomen.

La malade a parfaitement guéri.

L'appendice enlevé mesurait 12 centimètres de longueur. Il était fortement renflé à sa partie terminale et sa cavité refermait une petite quantité de pus. Il n'y avait pas de cavité close, pas de corps étranger. Histologiquement, on trouvait des lésions de folliculite suppurée.

Vu : Le Président de la Thèse,

Vu : Le Doyen,

TILLAUX.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

CONCLUSIONS

1° Les hernies de l'appendice sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement et l'appendice constitue souvent à lui seul le contenu d'une hernie.

2° Le mécanisme des hernies appendiculaires est complexe. Il faut y faire intervenir à la fois les anomalies de longueur et de situation de l'organe et la laxité de ses moyens de fixité.

3° La hernie appendiculaire, en l'absence de toute complication, ne se traduit par aucun symptôme caractéristique et sera le plus souvent méconnue.

4° Les signes de l'appendicite herniaire et de l'étranglement appendiculaire reproduisent d'une façon plus ou moins complète le tableau classique de l'étranglement herniaire. Les vomissements, la douleur, l'arrêt des matières existent le plus souvent, mais le passage des gaz est assez fréquemment conservé et c'est un signe précieux dont la connaissance pourra faire présumer la nature du contenu de la hernie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alli.* — Thèse de Paris, 1893-94.
Amyaud. Cité par Tritschler.
Bard. — Thèse de Lyon, 1895-96.
Bariéty. — Thèse de Paris, 1894-95.
Bender. — Bulletin de la Société Anatomique, Juillet-août, 1900.
Bennet. — A case of strangul. of the append. Med. an Surg. Rep. Philadelphie, 1882.
Berger. — Traité de chirurgie, VI.
Bernard. — Bull. de la Soc. anatomique, 1894.
Beaumeiz. — Gazette des Hôpitaux, 1859.
Briançon. — Th. de Paris 1896-1897.
Brieger. — Archiv für Klin. Chir., 1893. (Die Hernien des processus vermiformis).
Billroth. — Langenbeck's Archiv f. Klin. Chir. XXI, p 432.
Bouglé et Dartigues. — Bulletins de la Soc. anatomique, 19 janvier 1900.
Buckel (de Marbourg) — Semaine Médicale, octobre 1897.
Cabaret. — Journal des connaissances méd. chir., 1842.
Caussade. — Semaine Médicale, 1897.
Charnon. — Thèse de Lyon, 1886.
Charyan. — Journal de la Soc. de Méd. de Nantes, 1837.
Chelius. — System of. Surgery. Londres, 1847.

- Chipault.* — Hernies du cœcum, 1892.
- Cloquet.* —
- Carrutti.* — Sulla Kelotomia nello strozzamento del append.
Indipendente Torino, 1883.
- Cruveilhier.* — Catalogue du musée Dupuytren.
- Davies-Colley.* — Guy's Hospital Reports, p. 429
- Desault.* — Traité des maladies chirurgicales.
- Dieffenbach.* — Surgery II, p. 600.
- Duret.* — Th. d'agrégation, 1883.
- Fergusson et Lockwood.* — 1891-92.
- Ferrier.* — Th. de Bordeaux, 1884.
- Gangolphe* — Lyon médical. Janv. 1892.
- Gosserand.* — Lyon médical. Janv. 1892.
- Guersant fils.* — Gazette des Hôpitaux. 1841.
- Guinard.* — Société de chirurgie Juin, 1896.
- Gurlt.* — Jahresbuch von Virchow, 1867, II, p. 475.
- Z de Hauer.* — Prager med. Wochenschrift. 2 juillet 1891.
- Hartmann et Minot.* — Semaine Médicale, 1897.
- Hedrich.* — Gazette Médicale de Strasbourg, 1889.
- Hesselbach.* — De ortu et progressu herniarum Wurtzbourg,
1810
- Hevin* — Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgi-
cales.
- Jackle.* — Die Erkrankungen des processus vermiformis in
Bruchrach Diss. Wurzburg, 1888
- Jalaguier.* — Congrès de chirurgie, 1888.
- Javamelli.* — Annali universali d'Osmondi, 1836.
- Jayle.* — Presse médicale, 1894.
- Jonnesco.* — Thèse de Paris, 1890. Anatomie de Poirier.
Tome IV. Tube digestif

Lafforgue. — Thèse de Lyon, 1893.

Le Dentu. — Art. Hernies du Dictionnaire Jaccoud. Cliniques, 1892.

Lemenicier. — Th. Paris, 1887.

Lehmann. — Varge's Zeihscrift, II, p. 12, 1862.

Lonyer-Villermay. — Arch. gén. de médecine, 1842.

Malgaigne. — Mémoire sur les étranglements.

Manec. — Gazette des Hôpitaux, 1859.

Mérigot de Treigny. — Th de Paris, 1886-87.

Merling. — Th de Heidelberg, 1836.

Michaux (P.). — Société de chirurgie. Janv. 1897.

Monecks. — Bulletin Médical, 1890.

Morgan. — Path. transact. XXX, p. 107.

Morgagni. — Œuvres (passim).

Morse. — Wiener méd. Wochenschrift. 1892.

Nasi. — Della ernia crurale acertica. Modena, 1833.

Nasse. — Archiv für Klin, Chir , LI.

Notta. — Italia med. Genova, 1882. 2^e série, XVI, 57.

Nové-Josserand — Lyon Médical, 3 juillet 1892.

Nussbaum. —

Niche. Th. de Munich, 1892.

Newbolt. Brit. Méd. Journal, 27 mars 1897.

Ombredanne - Archives générales de médecine, 1898,
p. 610-615.

Pascal et Pilliet. — Société anatomique, 1898, p. 352-354.

Pelletan. — Clin. chir., 1818.

Pick. — Lancet, 1880, I, p. 801.

Pollosson. — Lyon Médical, 1893.

Portal. Hist. de la Médecine et de la Chirurgie, 1773.

- Reclus.* — Soc. de chirurgie. Juin 1892.
— Soc. anatomique. Mars 1893.
Rivet. — Th. de Paris, 1893-94.
— Gazette des Hôpitaux, 1898.
Romms. — Deutsche Zeitschrift f. chir., XLI, 1895.
Roulier. — Soc. de chirurgie. Janv. 1896.
— Presse médicale, 1895-96.
Rubino. — Sicilia Médica, 1889.
Sand. — Méd. Record, 1881.
Sandifort. — Icones herniæ congenitæ.
Sauvage. — Th. Paris, 1893-94.
Scarpa. — Traité des hernies.
Schultz. — Th. de Paris, 1898-99.
Segelmann. — Th. de Paris, 1897-98.
Sernin. — Journal de Sédillot, t. XVI.
Skey. — Medical Times and Gazette, 1862, I, 296.
Swasey. — Méd. Record New-York, 1801, XIX, p. 706.
Taillefer. — Indépendance Médicale, 1897.
Tamarelli. — Annali universali di medicini, 1833.
Testât. — Anatomie. T. IV.
Thierry. — Société anatomique, 1892.
Thompson. — Brit. méd. Journ., 1882, p. 579.
Tillaux. — Anatomie topographique.
Treves. — Brit. méd. Journal. Février 1887.
Tritschler. — Th. de Tubingue, 1806.
Tuffier. — Arch. de médecine. Juin et juillet 1887.
Valerani. — Ernia crurale dell. app. Osservatore. Torino, 1883. XIX, p. 545.

